RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
**MONTRÉAL-CENTRE**

# rapport annuel 2001-2002

l'an

Le rapport annuel 2001-2002 est une production du Service des communications – Direction de l'information et de la planification de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

Note : Dans ce texte, le masculin est pris dans son sens générique et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Directeur de l'information et de la planification
**Louis Côté**

Coordination et révision de texte
**Hélène Perrault**

Cueillette de l'information et révision de texte
**Édith Lemay**
avec la collaboration de toutes les directions de la Régie régionale

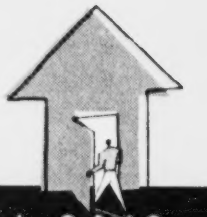
Rédaction
**Charles Allain**

Graphisme
**www.farleydw.com**

© Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2002.
Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, 2002
ISBN 2-89510-086-1

Disponible aux services documentaires de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
Tél. : (514) 286-5604

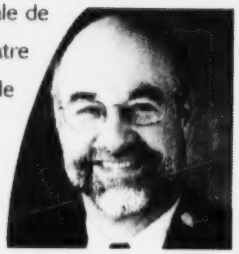
Ce document figure à la section « Documentation » du site Web de la Régie régionale de Montréal-Centre : **www.santemontreal.qc.ca**



rapport annuel 2001-2002

103-02546/

## MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL



Je suis heureux de vous présenter le rapport d'activités de la Régie régionale de Montréal pour l'année 2001-2002. Ce rapport marque la fin d'un cycle de quatre années consacrées à l'amélioration des services de santé et des services sociaux, le DÉFI DE L'ACCÈS 1998-2002.

D'entrée de jeu, je souhaite remercier mon prédécesseur, Marcel Villeneuve, qui a su amener le réseau montréalais de la santé à relever ce grand Défi de l'accès. C'est avec fierté et enthousiasme que je prends le relais. J'entends moi aussi contribuer à l'évolution de notre réseau et chercher, avec tous les partenaires de la Régie régionale, les meilleures façons de rendre la santé et le bien-être encore plus accessible aux Montréalaises et aux Montréalais.

L'année 2001-2002 a été marquée par de nombreux changements qui ont influencé les champs d'intervention de notre réseau. Je pense ici à la nouvelle Loi sur les services de santé et les services sociaux qui vise à améliorer la gestion du système, à la Loi sur le Protecteur des usagers, qui permet de simplifier le processus de traitement des plaintes, et à la nouvelle Loi sur la santé publique qui a comme objectif de mieux protéger la santé de la population.

Plus près de nous, les grands dossiers régionaux requièrent une attention de plus en plus soutenue de notre part, entre autres, dans le cas de projets majeurs d'immobilisation à Montréal comme la construction des centres ambulatoires, du futur Centre hospitalier de l'Université de Montréal et du Centre universitaire de santé McGill.

Au plan du financement, la situation financière des établissements demande qu'on déploie, de façon concrète, support, suivi et actions. Il est clair que nous sommes également préoccupés par la question du financement global du réseau montréalais qui nous permettrait de développer de nouveaux programmes et de nouveaux services pour répondre aux besoins de la population.

En tant que président-directeur général de la Régie régionale de Montréal, je suis sensible à l'environnement et au climat qui prévalent actuellement dans nos établissements. Je suis conscient que le manque de personnel, notamment les infirmières et les travailleurs spécialisés, affectent le bon fonctionnement des services.

Enfin, il y a aussi la situation des salles d'urgence, l'accès à des services médicaux généraux, l'intégration

des services aux jeunes qui continueront de réclamer notre attention, l'an prochain. Nous ferons tout en notre pouvoir pour augmenter l'accès aux services et les rendre plus près de la population, là où c'est nécessaire. Nous souhaitons que notre action soit orientée en ce sens et nous nous engageons à y travailler.

Pour terminer, je tiens à remercier tous ceux et celles qui ont travaillé depuis quatre ans à l'atteinte des objectifs du Défi de l'accès. Toute ma gratitude va également aux membres des conseils d'administration, aux gestionnaires, au personnel et aux bénévoles dans nos établissements. C'est avec eux que nous relèverons les prochains défis.

David Levine

Le président-directeur général
David Levine

**Liste des tableaux**


Tableau 1 : Statistiques – Population ..... 3

Tableau 2 : Organigramme de la Régie régionale ..... 3

Tableau 3 : Le réseau d'établissements de la Régie régionale de Montréal-Centre au 31 mars 2002 ..... 4

Tableau 4 : Établissements à désignation universitaire ... 5

Tableau 5 : Plan d'accès aux services en langue anglaise - Établissements désignés et indiqués ..... 5

Tableau 6 : Subventions aux organismes communautaires 2001-2002 ..... 6

Tableau 7 : Effectifs de la Régie régionale ..... 8

Tableau 8 : Membres du conseil d'administration au 31 mars 2002 ..... 9

Tableau 9 : Membres de la Commission médicale régionale ..... 10

Tableau 10 : Membres de la Commission infirmière régionale ..... 12

Tableau 11 : Membres de la Commission multidisciplinaire régionale ..... 13

Tableau 12 : Effectifs médicaux ..... 14

Tableau 13 : Comités du DRMG ..... 14

Tableau 14 : Les onzes principes directeurs ..... 18

Tableau 15 : Proportion des services hospitaliers dispensés à des non-résidants de Montréal ..... 19

Tableau 16 : Pourcentage de patients provenant des régions voisines ..... 19

Tableau 17 : Approche réseau : 2 conditions essentielles .19

Tableau 18 : Un continuum de services ..... 24

Tableau 19 : Des conditions de succès pour la pratique médicale ..... 26

Tableau 20 : Des conditions de succès en santé mentale 29

Tableau 21 : Des conditions de succès : un financement adéquat ..... 31

Tableau 22 : Développements requis et obtenus pour le plan 1998-2002 ..... 32

Tableau 23 : Site Internet – Nombre de session ..... 37

Tableau 24 : Les comités du DRMG ..... 42

Tableau 25 : Info-Santé CLSC : Volume d'appels ..... 43

Tableau 26 : Info-Santé CLSC : Notoriété et taux d'utilisation ..... 44

Tableau 27 : Mesures de désengorgement des urgences ..... 46

Tableau 28 : Évolution des lits de longue durée en CHSLD - 1998-2002 ..... 55

Tableau 29 : Entreprises d'économie sociale - Aide domestique ..... 56

Tableau 30 : Hébergement temporaire ..... 57

Tableau 31 : POSILTPH – Évolution de la clientèle et de la liste d'attente ..... 62

Tableau 32 : POSILTPH – Évolution des développements budgétaires 62

Tableau 33 : Fermeture de lits de longue durée dans les CHSP ..... 64

Tableau 34 : Réallocations requises et réalisées dans le plan 1998-2002 ..... 64

Tableau 35 : Nouveaux services et liste d'attente ..... 68

Tableau 36 : Bilan des activités au 31 mars 2002 ..... 88

Tableau 37 : Les dossiers traités par la Régie régionale .. 88

Tableau 38 : Plaintes traitées par la Régie régionale ..... 88

Tableau 39 : Objets de plaintes selon la loi ..... 89

Tableau 40 : Objets de plaintes : Ressources d'habitation privées ..... 89

Tableau 41 : Des données sur le régime des plaintes .... 90

Tableau 42 : Comité des usagers ..... 92

Tableau 43 : Lauréats des prix d'excellence ..... 92

Tableau 44 : Service régional de main-d'œuvre ..... 98

Tableau 45 : Projets régionaux en soutien au Défi de l'accès ..... 99

Tableau 46 : Sommaire des acquisitions - immobilisations et équipements ..... 102

Tableau 47 : Sommaire des acquisitions - immobilisations et équipements ..... 103

Tableau 48 : Relance économique, - programme PAIP 2002-2003 ..... 104

Tableau 49 : Projets d'immobilisation - construction > 300 000 $ ..... 104

Tableau 50 : Projets d'immobilisation - équipements médicaux spécialisés > 300 000 $ ..... 105

Tableau 51 : Sommaire de la situation financière des établissements - 2001-2002 ..... 115

Tableau 52 : Sommaire des autorisations d'emprunt au 31 mars 2002 ..... 117

Tableau 53 : État détaillé des autorisations d'emprunt - CLSC ..... 117

Tableau 54 : État détaillé des autorisations d'emprunt - CHSGS publics ..... 118

Tableau 55 : État détaillé des autorisations d'emprunt - CHSLD publics ..... 119

Tableau 56 : État détaillé des autorisations d'emprunt - CRPDIPT ..... 119

Tableau 57 : État détaillé des autorisations d'emprunt - CPEJ ..... 119

**Liste des graphiques et carte**


Graphique 1 : Santé physique : Séjours de plus de 24 heures ..... 45

Graphique 2 : Santé physique : Séjours de plus de 48 heures ..... 46

Graphique 3 : Chirurgie cardiaque adulte : Nombre de patients en attente ..... 49

Graphique 4 : Chirurgie cardiaque adulte : Attente de plus d'un mois ..... 49

Graphique 5 : Chirurgie orthopédique – genou : Nombre de patients en attente ..... 50

Graphique 6 : Chirurgie orthopédique – genou : Attente de plus de six mois ..... 50

Graphique 7 : Chirurgie orthopédique – hanche : Nombre de patients en attente ..... 50

Graphique 8 : Chirurgie orthopédique – hanche : Attente de plus de six mois ..... 51

Graphique 9 : Ophtalmologie – cataracte : Nombre de patients en attente ..... 51

Graphique 10 : Ophtalmologie – cataracte : Attente de plus de six mois ..... 51

Graphique 11 : Soins à domicile en CLSC – Nombre de personnes âgées desservies ..... 56

Graphique 12 : Aide domestique – Heures de services rendus ..... 57

Graphique 13 : Évolution du fonds d'exploitation de la Régie régionale .... 123

Carte 1 : Les 27 arrondissements de l'île de Montréal .. 2


**Listes des sigles utilisés**

| | |
|---|---|
| CA | Conseil d'administration |
| CH | Centre hospitalier |
| CHSGS | Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés |
| CHSLD | Centre d'hébergement et de soins de longue durée |
| CHSP | Centre hospitalier de soins psychiatriques |
| CHR | Centre hospitalier de réadaptation |
| CJ | Centre jeunesse |
| CLSC | Centre local de services communautaires |
| CMR | Commission médicale régionale |
| CPEJ | Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse |
| CR | Centre de réadaptation |
| CRAN | Centre de recherche et d'aide aux narcomanes |
| DRMG | Département régional de médecine générale |
| M$ | Million de dollars |
| MSSS | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| OPHQ | Office des personnes handicapées du Québec |
| RAMQ | Régie de l'assurance-maladie du Québec |
| RFI | Réadaptation fonctionnelle intensive |
| TED | Troubles envahissants du développement |
| URFI | Unité de réadaptation fonctionnelle intensive |
| VIH | Virus d'immunodéficience humaine |

**Présentation de la région et de la Régie régionale de Montréal-Centre**

**La région de Montréal-Centre**
Quelques caractéristiques . . . . . 2
**La Régie régionale de Montréal-Centre**
La mission . . . . . 2
L'organisation interne . . . . . 3
Le réseau d'établissements . . . . . 3
Les principales modifications apportées au réseau . . . . . 4
Les établissements à désignation universitaire . . . 5
Les établissements désignés dans le cadre du programme d'accès aux services en langue anglaise . . . . . 5
Les organismes communautaires . . . . . 6
Les ressources humaines . . . . . 8
Les ressources financières . . . . . 8
**Le conseil d'administration**
La composition et les membres . . . . . 9
En 2001-2002. . . . . 9
Les comités du conseil. . . . . 10
Le code d'éthique et de déontologie . . . . . 10
Le comité de direction. . . . . 10
La Commission médicale régionale . . . . . 10
La Commission infirmière régionale. . . . . 12
La Commission multidisciplinaire régionale . . . . 13
**Les effectifs médicaux . . . . . 13**
**Le département régional de médecine générale . . . . 14**

**Les choix stratégiques, les priorités**

Une orientation stratégique : l'accessibilité. . . . . 18
Onze principes directeurs . . . . . 18
Des priorités régionales de santé et de bien-être. . 23
Six continuums de services. . . . . 24
Douze mesures centrales. . . . . 26
Un financement adéquat . . . . . 31
Une vingtaine d'indicateurs stratégiques . . . . . 31
L'information à la population . . . . . 36

**Les 12 mesures centrales : Résultats après quatre ans**

**Continuum de services en santé physique . . 40**
Interventions de promotion et de prévention . . 40
La lutte au cancer du sein . . . . . 40
Autres priorités de santé et de bien-être. . . . . 41
Mesure 1 - Améliorer l'accès aux soins et services médicaux de première ligne . . . . . 42
Mesure 2 - Régler, de façon permanente, l'engorgement des salles d'urgence . . . . . 45
Mesure 3 - Améliorer l'accès aux soins ultraspécialisés . . . . . 48
Mesure 4 - Améliorer l'accès aux services de prélèvements et aux analyses de laboratoire . . . 52
**Continuum de services aux personnes âgées . . . . . 55**
Mesure 5 - Améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie . . 55
**Continuum de services aux personnes ayant une déficience physique . . . . . 60**
Mesure 6 - Améliorer l'accès aux services externes de réadaptation fonctionnelle intensive . . . . . 60
Mesure 7 - Améliorer l'accès aux services de maintien dans la communauté . . . . . 61
**Continuum de services en santé mentale . . 63**
Mesure 8 - Améliorer l'accès aux services de base et aux services dans la communauté . . . . 63
**Continuum de services aux personnes ayant une déficience intellectuelle . . . . . 68**
Mesure 9 - Desservir l'ensemble des personnes en attente de services . . . . . 68
**Continuum de services d'adaptation sociale . . . . . 72**
Des priorités régionales de santé et de bien-être . . . . . 72
Des solutions d'avenir face à la violence faite aux femmes . . . . . 74
Mesure 10 - Développer un projet jeunesse partagé et mobilisateur . . . 78
Mesure 11 - Alcoolisme / toxicomanie : Se donner un plan régional d'action intersectoriel . . . . . 80
Les personnes itinérantes . . . . . 83
Le logement social . . . . . 84
Les services pour les joueurs pathologiques. . . . 84
Les services en sida . . . . . 84
**Pour l'ensemble des continuums : une mesure commune . . . . . 86**
Mesure 12 - Intégrer des mesures efficaces de prévention et de promotion au sein de chacun des continuums de services . . . . 86

**Amélioration des services**

**Les plaintes traitées selon la procédure d'examen des plaintes . . . . 88**
Portrait global . . . . . 88
Les établissements . . . . . 88
Objets de plaintes . . . . . 89
Les thématiques. . . . . 89
**Le programme d'amélioration continue de la qualité des services. . . . 90**

**Les ressources humaines**

**Deux grands chantiers**
Chantier 1 : La valorisation du personnel d'encadrement . . . . . 94
Chantier 2 : La mobilité professionnelle et le maintien des compétences . . . . . 97

**Les ressources matérielles**


Le maintien de l'actif. . . . . 102
Les équipements et les aides techniques. . . . . 102
La location de locaux . . . . . 103
Les services de buanderie. . . . . 103
Les investissements du ministère de la Santé. . . . 103
et des Services sociaux


**Les technologies et les systèmes d'information**


Le secteur des technologies et systèmes . . . . . 108
d'information de la Régie régionale
La planification, l'évaluation . . . . . 108
et le financement régional
Le technocentre régional . . . . . 109
L'infocentre régional. . . . . 110
Le centre de formation. . . . . 111
Le support aux activités de la Régie régionale . . . 111


**La situation financière**


**Le budget. . . . . 114**
**La situation financière. . . . . 115**
**des établissements**
**Les autorisations d'emprunt. . . . . 116**


**Les états financiers de la Régie régionale**


Attestation du vérificateur . . . . . 122
Service des finances et de l'environnement . . . . . 123
Résultats. . . . . 124
Résultats par centre d'activités. . . . . 125
Bilan . . . . . 126
Analyse de la provenance . . . . . 127
et de l'utilisation des fonds
État d'allocation de l'enveloppe des crédits . . . . . 130
et suivi des comptes à payer non pourvus


**Annexe**


La situation financière détaillée . . . . . 132
des établissements de Montréal-Centre
Le code d'éthique et de déontologie . . . . . 137
des administrateurs de la Régie régionale

## Présentation de la région et de la Régie régionale de Montréal-Centre


**La région de Montréal-Centre . . . . . 2**

Quelques caractéristiques . . . . . 2

**La Régie régionale de Montréal-Centre . . . . . 2**

La mission . . . . . 2

L'organisation interne . . . . . 3

Le réseau d'établissements . . . . . 3

Les principales modifications apportées au réseau . . . . . 4

Les établissements à désignation universitaire . . . . . 5

Les établissements désignés dans le cadre du programme d'accès aux services en langue anglaise . . . 5

Les organismes communautaires . . . . . 6

Les ressources humaines . . . . . 8

Les ressources financières . . . . . 8

**Le conseil d'administration . . . . . 9**

La composition et les membres . . . . . 9

En 2001-2002 . . . . . 9

Les comités du conseil . . . . . 10

Le comité de direction . . . . . 10

Le code d'éthique et de déontologie . . . . . 10

La Commission médicale régionale . . . . . 10

La Commission infirmière régionale . . . . . 12

La Commission multidisciplinaire régionale . . . . . 13

**Les effectifs médicaux . . . . . 13**

**Le département régional de médecine générale . . . . . 14**

## LA RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE

### Quelques caractéristiques

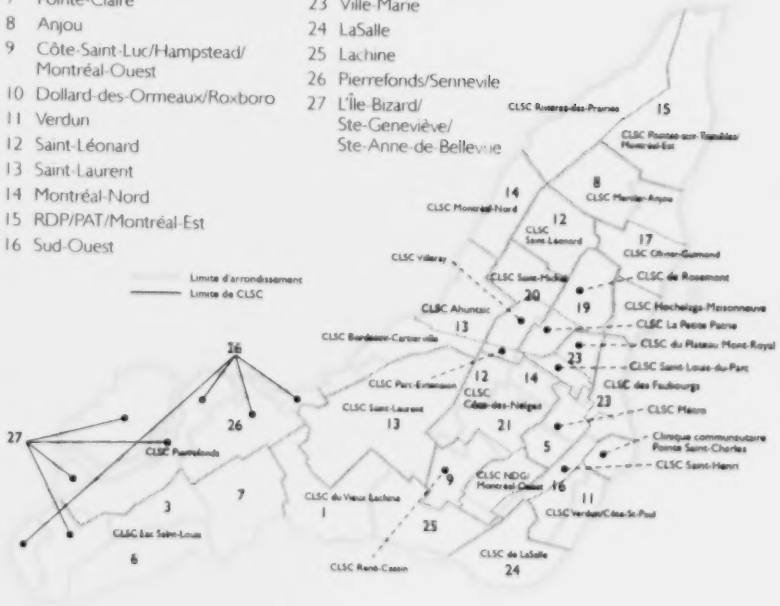
La région de Montréal-Centre correspond au territoire de la nouvelle ville de Montréal qui, géographiquement, est le même que celui de l'île de Montréal. La population s'élève à 1 812 773 habitants selon les données du recensement de 2001, soit le quart de la population du Québec.

Au mois de mars 2002, le taux de chômage s'établit à 9,9 % à Montréal et est identique à celui de l'ensemble du Québec. Les personnes âgées de 65 ans et plus sont proportionnellement plus nombreuses dans la région Montréal-Centre (15 %) que dans l'ensemble du Québec (13 %). Plus du tiers de celles-ci (35 %) vivent seules contre 30 % pour l'ensemble du Québec. À Montréal-Centre, une personne sur cinq est âgée de moins de 18 ans, comparativement à 21 % au Québec. Parmi les familles avec enfant, on retrouve une proportion plus grande de familles monoparentales à Montréal-Centre (16 %) que dans l'ensemble du Québec (11 %). Enfin, une proportion plus grande de personnes vivent de prestations de l'assurance-emploi à Montréal (13 %) que dans l'ensemble de la province (9 %).

D'année en année, Montréal accueille de plus en plus d'immigrants. En 2001, plus de 30 000 immigrants projetaient de s'établir dans la région, soit plus de 80 % des immigrants de l'ensemble du Québec. Les francophones forment la majorité de la population (57 %) alors que le quart de la population est anglophone et un peu moins du cinquième est allophone (18 %).

**Carte 1** **Les 27 arrondissements de l'Île de Montréal**

| N° | Arrondissement |
|---|---|
| 1 | Dorval/Île de Dorval |
| 2 | Mont-Royal |
| 3 | Kirkland |
| 4 | Outremont |
| 5 | Westmount |
| 6 | Beaconsfield/Baie-d'Urfé |
| 7 | Pointe-Claire |
| 8 | Anjou |
| 9 | Côte-Saint-Luc/Hampstead/ Montréal-Ouest |
| 10 | Dollard-des-Ormeaux/Roxboro |
| 11 | Verdun |
| 12 | Saint-Léonard |
| 13 | Saint-Laurent |
| 14 | Montréal-Nord |
| 15 | RDP/PAT/Montréal-Est |
| 16 | Sud-Ouest |
| 17 | Mercier-Hochelaga-Maisonneuve |
| 18 | Ahuntsic/Cartierville |
| 19 | Rosemont/Petite-Patrie |
| 20 | Villeray/Saint-Michel/Parc-Extension |
| 21 | Côte-des-Neiges/NDG |
| 22 | Plateau Mont-Royal |
| 23 | Ville-Marie |
| 24 | LaSalle |
| 25 | Lachine |
| 26 | Pierrefonds/Sennevile |
| 27 | L'Île-Bizard/ Ste-Geneviève/ Ste-Anne-de-Bellevue |




## LA RÉGIE RÉGIONALE DE MONTRÉAL-CENTRE

### La mission

La Régie régionale de Montréal-Centre est un organisme voué à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population vivant sur le territoire de la ville de Montréal et, plus directement, des personnes bénéficiant des services qui y sont dispensés.

Depuis sa création en 1991, elle est le maître d'œuvre de l'organisation et du développement des services de santé et des services sociaux dans la région. Elle a pour mission de planifier, d'organiser, de mettre en œuvre et d'évaluer les programmes de santé et de services sociaux élaborés par le Ministre de la Santé et des Services sociaux.

De concert avec ses partenaires, la Régie régionale vise avant tout à créer les conditions propres à maintenir en bonne santé les personnes qui le sont déjà et à assurer des services de qualité à celles qui en ont besoin. Sa gestion repose sur une analyse objective des besoins de la population, sur une recherche constante de l'excellence des services, de même que sur un souci d'efficacité et d'optimisation des ressources mises à sa disposition. Ses instances décisionnelles sont composées de représentants de plusieurs secteurs de la collectivité montréalaise.

### L'organisation interne

La structure de fonctionnement interne de la Régie régionale comporte une direction générale et six directions sectorielles : la Direction des relations avec la communauté, la Direction des immobilisations et finances, la Direction de la programmation et coordination, La Direction des ressources humaines, la Direction de la santé publique et la Direction des affaires médicales.

### Le réseau d'établissements

Le réseau de santé et de services sociaux montréalais se compose de 141 établissements : 96 d'entre eux sont des établissements publics et 45, des établissements privés (dont 18 sont des établissements privés non conventionnés).

On y compte 27 centres hospitaliers (CH) dont 4 offrent spécifiquement des soins psychiatriques, 29 CLSC (3 sont gérés par un établissement ayant une mission mixte avec celle d'un centre d'hébergement), 68 établissements dont la mission première est d'offrir des services d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), 2 établissements jeunesse (CPEJ-CR) qui sont d'ailleurs regroupés autour des 2 centres jeunesse et 18 centres de réadaptation (déficience intellectuelle, déficience physique, alcoolisme-toxicomanie). En 2001-2002, ce réseau comptait 349 installations réparties dans les différents quartiers de l'île de Montréal.

**Tableau 1** **Statistiques - Population**

| | Québec | | Montréal-Centre | |
|---|---|---|---|---|
| | Nombre | % | Nombre | % |
| Population (2001) (1) | 7 237 479 | 100 | 1 812 773 | 25 |
| Taux de chômage (mars 2002) | | 9,9 | | 9,9 |
| Personnes de 65 ans et + (2001) (2) | | 13 | | 15 |
| Moins de 18 ans (2001) (2) | | 21 | | 20 |
| Personnes de 65 ans et + vivant seules (1996) (3) | | 30 | | 35 |
| Familles monoparentales, parmi les familles avec enfants (1996) (3) | | 11 | | 16 |
| Personnes prestataires de l'assistance-emploi (4) | | 9 | | 13 |
| Langue française parlée à la maison (1996) (3) | | 84 | | 57 |
| Langue anglaise parlée à la maison (1996) (3) | | 10 | | 25 |
| Langue autre que française et anglaise parlée à la maison (1996) (3) | | 6 | | 18 |

Sources :
(1) Statistique Canada. Recensement 2001
(2) ISQ. Projection de la population 1996 à 2041
(3) Statistique Canada. Recensement 1996
(4) Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (Décembre 2001)

**Tableau 2** **Organigramme de la Régie régionale (31 mars 2002)**

## Les principales modifications apportées au réseau

Au cours de l'année 2001-2002, le réseau de la Régie régionale a subi les modifications suivantes :

- Cession le 1er avril 2001 d'un CHSLD, le Pavillon Bruchési du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, aux CHSLD du Plateau Mont-Royal.
- Changement de statut de 39 installations de type pavillon d'hébergement devenues des ressources intermédiaires le 1er avril 2001.
- Création le 11 mai 2001 du Centre Garant, un CHSLD privé.

**Tableau 3** **Le réseau d'établissements de la Régie régionale de Montréal-Centre au 31 mars 2002**

| Mission | Nombre d'établissements | | |
|---|---|---|---|
| | Total | Publics | Privés |
| **Centre locaux de services communautaires** | **26** (1) | **25** | **1** (2) |
| **Centres hospitaliers** | **27** (3) | **23** | **4** |
| CH de soins généraux et spécialisés | 23 (4) | 19 | 4 (5) |
| CH de soins psychiatriques | 4 | 4 | -- |
| **Centres d'hébergement et de soins de longue durée** | **68** (6) | **34** | **34** (7) |
| **Centres de réadaptation** | **18** (8) | **12** | **6** |
| Alcoolisme et toxicomanie | 2 | 1 | 1 |
| Déficience intellectuelle | 6 | 5 | 1 |
| Déficience physique | 5 | 3 | 2 |
| Jeunes en difficulté d'adaptation | 4 | 3 (9) | 1 |
| Mères en difficulté d'adaptation | 1 | -- | 1 |
| **Centres de protection de l'enfance et de la jeunesse** | **2** | **2** (10) | **--** |
| **Total des établissements** | **141** (11) | **96** | **45** |

(1) Il faut ajouter trois CLSC publics qui exploitent la mission CHSLD : le Centre d'accueil LaSalle, le CHSLD-CLSC Bordeaux-Cartierville et le CHSLD-CLSC Saint-Laurent.
(2) Il s'agit de la Clinique communautaire Pointe St-Charles.
(3) Trois CHSGS publics exploitent la mission CHSLD : le Centre hospitalier Mont-Sinaï, le Centre hospitalier Notre-Dame de la Merci et l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal.
(4) Les établissements suivants ont un mandat de réadaptation: le Centre hospitalier Catherine Booth, le Centre hospitalier Richardson, l'Hôpital Marie-Clarac, l'Institut de réadaptation de Montréal, l'Hôpital de réadaptation Lindsay et Villa Medica.
(5) Un établissement n'est pas financé par la Régie régionale.
(6) 18 établissements ne sont pas financés par la Régie régionale.
(7) Il faut ajouter trois CHSLD publics qui exploitent la mission CHSGS : le Centre hospitalier Richardson, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et l'Hôpital Santa Cabrini; trois CHSLD publics qui exploitent la mission CLSC : le CLSC Montréal-Nord, le CLSC-CHSLD de Rosemont et le CLSC-CHSLD Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est; et un CHSLD privé qui exploite la mission CR : l'Association montréalaise pour les aveugles.
(8) Plus un établissement qui exploite la mission CPEJ de même que la mission pour jeunes et mères en difficulté d'adaptation : Le Centre jeunesse de Montréal; plus un établissement qui exploite la mission CHSGS de même que la mission CR en déficience physique : l'Hôpital Sainte-Justine.
(9) Il s'agit du Centre d'accueil Horizons de la jeunesse, du Centre de jeunesse Mont Saint-Patrick et des Centres de jeunesse Shawbridge qui font partie des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw.
(10) Il s'agit du Centre jeunesse de Montréal et du CPEJ Ville-Marie. Ce dernier fait partie des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw.
(11) Les établissements de la région offrent des services dans quelques 349 installations qu'ils exploitent.

Source : Système référentiel établissements, Services documentaires

### Les établissements à désignation universitaire

À Montréal, 11 établissements ont une désignation universitaire. On y retrouve 1 centre hospitalier universitaire mère-enfant, 2 centres hospitaliers universitaires 2 instituts santé, 1 institut social et 5 centres affiliés universitaires.

### Les établissements désignés dans le cadre du programme d'accès aux services en langue anglaise

#### L'accès aux services en langue anglaise

Dans l'ensemble du réseau montréalais, 37 établissements sont désignés pour offrir l'ensemble de leurs services en anglais; 45 autres établissements doivent offrir certains de leurs services en anglais. Plus de vingt établissements ont un programme d'accès aux communautés culturelles. Le service a contribué à l'atteinte des objectifs du Défi de l'accès en traduisant des documents destinés à la clientèle de langue anglaise.

#### L'adaptation des services à la diversité

Tel qu'annoncé dans le Défi de l'accès, la Régie régionale de Montréal-Centre a soutenu les établissements dans leur adaptation à la diversité de leur clientèle. Dans un premier temps, la formation « Enjeux politiques d'un changement » a été développée pour aider les porteurs de dossier « Accessibilité des services aux communautés ethnoculturelles ». La formation « Gestion de la diversité » destinée aux cadres a fait l'objet d'un déjeuner conférence, d'une session régionale en plus d'être donnée dans cinq établissements. Onze établissements ont offert à leurs intervenants la formation « Approche clientèle dans un contexte interculturel ». Enfin, dans quatre établissements, des employés appelés occasionnellement à agir comme interprète ont reçu une formation à cet égard.

Outre ces activités, les actions de la Régie régionale de Montréal-Centre ont porté dans des domaines tels que le soutien à la recherche, le développement d'outils, des consultations ou du financement. Elles ont été réalisées en collaboration avec des établissements ou des organismes communautaires.

#### La Banque interrégionale d'interprètes

La Régie régionale de Montréal-Centre gère une banque d'interprètes composée de 115 interprètes et de traducteurs qui travaillent dans 67 langues. En 2001-2002, elle a reçu 10 465 demandes de services et effectué 19 075 heures d'interprétation. Même si cela témoigne d'une très légère baisse (2 %) par rapport à

**Tableau 4** **Établissements à désignation universitaire**

**Centres hospitaliers universitaires**

Centre universitaire de l'Université de Montréal (Université de Montréal)

Centre universitaire de santé McGill (Université McGill)

Hôpital Sainte-Justine (Université de Montréal)

**Centres affiliés universitaires**

CHSLD CLSC Bordeaux-Cartierville (Université de Montréal)

CLSC Côte-des-Neiges (Université McGill)

CLSC des Faubourgs (Université de Montréal)

Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal (Université de Montréal)

Hôpital Maisonneuve-Rosemont (Université de Montréal)

**Instituts santé**

Institut de cardiologie (Université de Montréal / domaine de la médecine vasculaire et de la cardiologie)

Institut universitaire de gériatrie de Montréal (Université de Montréal / domaine de la gériatrie)

**Institut social**

Le Centre jeunesse de Montréal (Université de Montréal, Université du Québec / domaine de la violence chez les jeunes)

Source: Système référentiel établissements, Services documentaires

**Tableau 5** **Plan d'accès aux services en langue anglaise (établissements désignés et indiqués) et aux communautés culturelles**

| | CH | CLSC | CPEJ | CHSLD | CR | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Désignés | 13 | 0 | 1 | 13 | 10 | 37 |
| Indiqués | 7 | 26 | 0 | 7 | 5 | 45 |
| Établissements avec programme d'accès aux communautés culturelles | 6 | 9 | 2 | 2 | 2 | 21 |

l'année dernière, il s'agit d'une croissance de 120% en quatre ans. Le développement et l'implantation d'un nouveau système informatisé de gestion a permis d'assumer cette croissance à l'intérieur des ressources humaines disponibles. Ainsi, la Banque interrégionale d'interprètes, par l'intermédiaire de ses deux personnes-ressources, a effectué 23000 appels au cours de la dernière année, soit une moyenne de 93 appels quotidiens par personne.

Notons enfin que le pandjabi (12%), l'espagnol (12%), le bengali (10%), le turc (7%), le tamoul (7%) et le cambodgien (6%) représentent plus de 50% des services rendus.

### Les organismes communautaires

Six cent (600) organismes communautaires étaient admissibles au Programme de soutien aux organismes communautaires (SOC) en 2001-2002, une augmentation de trois organismes par rapport à l'année 2000-2001. De ce nombre, 526 ont reçu des subventions.

L'enveloppe récurrente régionale du programme s'élevait à 53390585 $ en 2000-2001, et à 56282688 $ en 2001-2002, une augmentation de 2892103 $.

Cette variation s'explique de la façon suivante :

| | |
|---|---|
| 35 000 $ récurrents | Ajout budgétaire dans le cadre du plan sur la détresse sociale chez les jeunes octroyé à un organisme pour le projet « Solidarité-partage ». |
| 47696 $ récurrents | Ajout budgétaire pour la consolidation des maisons de jeunes suite au Sommet du Québec et de la jeunesse. |

**Tableau 6** **Subventions octroyées aux organismes communautaires dans le cadre du programme de soutien aux organismes communautaires**

| Catégories du programme SOC | Nombre d'organismes subventionnés 2000-2001 | Total des subventions allouées en 2000-2001 | Nombre d'organismes subventionnés 2001-2002 | Total des subventions allouées en 2001-2002 |
|---|---|---|---|---|
| **Organismes communautaires de promotion et de services** | | **24 740 633 $** | | **24 174 335 $** |
| Alcoolisme et autres toxicomanies | 9 | 349 366 $ | 9 | 354 956 $ |
| Autres ressources pour les femmes | 3 | 185 735 $ | 3 | 302 949 $ |
| Autres ressources pour les jeunes | 40 | 2 482 079 $ | 41 | 2 617 162 $ |
| Centres communautaires de quartier | 9 | 299 856 $ | 10 | 362 258 $ |
| Centre d'action bénévole | 0 | 114 906 $ | 0 | 116 744 $ |
| Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel | 4 | 720 358 $ | 5 | 915 675 $ |
| Centres de femmes | 19 | 1 367 844 $ | 27 | 1 827 150 $ |
| Familles | 56 | 2 440 146 $ | 55 | 2 478 183 $ |
| Maisons d'hébergement dépannage pour jeunes en difficulté | 14 | 3 387 595 $ | 14 | 3 511 797 $ |

| | |
|---|---|
| 41 154 $ récurrents | Transfert en provenance du programme de l'action concertée. |
| 856 232 $ récurrents | Indexation au taux de 1,6 % de l'enveloppe budgétaire du programme de soutien aux organismes communautaires en provenance du ministère de la Santé et des Services sociaux. |
| 1 671 460 $ récurrents | Ajout budgétaire dans le cadre de la « Marche mondiale des femmes » octroyé à divers organismes communautaires œuvrant auprès des femmes et déjà identifiés par le ministère de la Santé et des Services sociaux. |
| 40 561 $ récurrents | Ajout budgétaire en provenance du ministère de la Santé et des Services sociaux pour la consolidation de l'organisme communautaire d'assistance et d'accompagnement aux plaintes de notre région. |
| 200 000 $ récurrents | Ajout budgétaire en lien avec la politique d'intervention en matière de violence conjugale. |

**Total : 56 282 688 $**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté | 23 | 6 035 659 $ | 25 | 6 980 229 $ |
| Maisons des jeunes | 23 | 1 732 094 $ | 23 | 1 808 272 $ |
| Multiclientèles | 10 | 662 639 $ | 11 | 615 638 $ |
| Organismes d'assistance et d'accompagnement | 1 | 143 049 $ | 1 | 185 899 $ |
| Organismes d'intervention auprès des conjoints violents | 4 | 416 431 $ | 5 | 623 094 $ |
| Organisme d'intervention auprès des hommes en difficulté | 0 | - $ | 0 | - $ |
| Organismes de justice alternative | 2 | 1 094 332 $ | 2 | 1 111 841 $ |
| Personnes âgées | 3 | 89 547 $ | 3 | 90 979 $ |
| Personnes ayant des problèmes de santé physique | 3 | 16 876 $ | 3 | 17 145 $ |
| Personnes démunies | 35 | 633 312 $ | 37 | 643 450 $ |
| Personnes des communautés culturelles et autochtones | 31 | 555 859 $ | 31 | 565 757 $ |
| Personnes handicapées (déficience intellectuelle et déficience physique) | 32 | 1 512 268 $ | 32 | 1 536 464 $ |
| Ressources de dépannage pour clientèles en difficulté | 4 | 480 411 $ | 4 | 488 098 $ |
| Services adaptés à une population spécifique | 1 | 20 271 $ | 1 | 20 595 $ |
| **Autres organismes** | 3 | **1 001 899 $** | 3 | **1 017 929 $** |
| **Concertation et consultation régionales** | 8 | **469 643 $** | 8 | **477 157 $** |
| **Maintien à domicile** | 70 | **4 120 292 $** | 69 | **4 186 217 $** |
| **Santé mentale** | 88 | **20 326 940 $** | 89 | **20 652 173 $** |
| **Sida** | 16 | **2 731 178 $** | 15 | **2 774 877 $** |
| **TOTAL** | **511** | **53 390 585 $** | **526** | **56 282 688 $** |

## Les ressources humaines

Le 31 mars 2002, la Régie régionale disposait d'un effectif régulier de 219,5 postes équivalents temps complet (ETC). Elle faisait également appel à des ressources occasionnelles pour répondre à des besoins ponctuels et pour s'acquitter de mandats spéciaux. En 2001-2002, l'utilisation de ces ressources occasionnelles équivalait à 50,2 postes à temps complet.

## Les ressources financières

Le budget interne de la Régie régionale pour l'année 2001-2002 est passé de 19,6 M$ à 19,5 M$, une diminution de 0,1 million. Cette diminution résulte d'une part d'une baisse des revenus pour les taxes, la contribution des fonds affectés, les prêts de services et l'avoir propre de 0,7 M$ et d'une augmentation des revenus du Ministère pour les coûts de système de 0,6 M$. Afin d'assumer le coût des mesures non récurrentes défrayé aux cours des années antérieures, la Régie régionale a mis en place un plan de réduction de ses dépenses, dont tous les objectifs ont été atteints. Cette rigueur administrative et financière lui a d'ailleurs permis de dégager, en fin d'année, un léger surplus. On trouvera, au chapitre 9 du présent rapport annuel, les états financiers détaillés de l'exercice 2001-2002.

La Régie régionale gère une enveloppe budgétaire de 3,8 milliards de dollars répartie à travers les 141 établissements de son réseau.

**Tableau 7** **Effectifs de la Régie régionale**

| | Au 31 mars 2001 | | Au 31 mars 2002 | |
|---|---|---|---|---|
| | Nombre | ETC | Nombre | ETC |
| **Les cadres** | | | | |
| ■ Temps complet | 39 | 39,0 | 40 | 40,0 |
| ■ Temps partiel | 1 | 0,8 | 1 | 0,8 |
| ■ Nombre de cadres en stabilité d'emploi | 4 | 4,0 | 4 | 4,0 |
| **Sous-total :** | **44** | **43,8** | **45** | **44,8** |
| **Les employés** | | | | |
| ■ Temps complet | 172 | 167,6 | 168 | 170,0 |
| ■ Temps partiel | 7 | 4,7 | 9 | 4,7 |
| ■ Nombre d'employés en sécurité d'emploi | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| **Sous-total :** | **179** | **172,3** | **177** | **174,7** |
| **Total 1 :** | **223** | **216,1** | **222** | **219,5** |
| **Les occasionnels** | | | | |
| ■ Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice | 88 897 | 48,7 | 91 554 | 50,2 |
| **Total 2 :** | | **264,76** | | **269,70** |

## LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

### La composition et les membres

Le conseil d'administration de la Régie régionale est composé de 17 membres qui sont nommés par le gouvernement à partir de listes de noms fournies par les différents milieux et commissions concernés par la santé et les services sociaux. Les membres se répartissent comme suit :

- 5 personnes provenant des secteurs suivants : organismes socio-économiques, municipalités, conseil d'administration actuel (en remplacement du forum de la population qui sera opérationnel à l'automne 2002) et milieu universitaire;
- 3 personnes représentant les établissements, dont une personne issue du domaine social et une personne issue du milieu de la recherche;
- 1 personne du milieu communautaire;
- 1 personne du secteur public du milieu de l'enseignement;
- 1 personne issue du milieu syndical;
- 1 membre de la Commission médicale régionale;
- 1 membre de la Commission infirmière régionale;
- 1 membre de la Commission multidisciplinaire régionale;
- 2 personnes cooptés par les membres du conseil d'administration;
- le président-directeur général de la Régie régionale.

### En 2001-2002

| | |
|---|---|
| La présidente | Mme Kathleen Weil |
| Le vice-président | M. Réginald Lavertu |
| Le secrétaire | M. Marcel Villeneuve |

**Tableau 8** **Membres du conseil d'administration au 31 mars 2002**

**Secteurs des organismes socio-économiques, municipalités et conseil d'administration actuel de la Régie régionale (en remplacement du forum de la population qui sera opérationnel à l'automne 2002) incluant le milieu universitaire**
M. Jacques DESMARAIS
Dr Victor C. GOLDBLOOM
M. Réginald LAVERTU
M. Pierre Thomas LÉGER
Mme Kathleen WEIL

**Secteur communautaire**
Mme Élisabeth KHABAR-DEMBIL

**Secteur de l'enseignement**
Mme Ann LANGLEY

**Milieu syndical**
Mme Monique LEROUX

**Établissements de la région (incluant le milieu de la recherche et du domaine social)**
M. Claude BENJAMIN
M. Claude GAGNON
M. Yvon LAMARRE

**Commission médicale régionale**
Dr Lise CUSSON

**Commission infirmière régionale**
Mme Clémence BRUNETTE-MALLETTE

**Commission multidisciplinaire régionale**
M. Gilles BEAUCHAMP

**Membres cooptés**
M. Jean-Vianney JUTRAS
Mme Josée PRUD'HOMME

**Directeur général**
Marcel VILLENEUVE

## Les comités du conseil

Le conseil d'administration s'est doté de quatre comités de travail afin de l'alimenter et le conseiller dans ses réflexions. Ces comités sont : le comité d'allocation des ressources, le comité de mise en place des mesures du Défi de l'accès 1998-2002, le comité de vérification et le comité d'éthique de la recherche en santé publique.

## Le comité de direction au 31 mars 2002

| | |
|---|---|
| Le directeur général | Marcel Villeneuve |
| L'adjointe à la direction générale | Sara Saber-Freedman |
| Le directeur des affaires médicales | Dr Guy Legros |
| Le directeur des immobilisations et finances | René Rouleau |
| La directrice de la programmation et coordination | Francine Rochon |
| Le directeur des relations avec la communauté | Louis Côté |
| La directrice des ressources humaines | Christiane Rouleau |
| Le directeur de la santé publique | Dr Richard Lessard |

## Le code d'éthique et de déontologie

Un code d'éthique et de déontologie a été adopté le 25 octobre 2001 par les membres du conseil d'administration. Compte tenu de l'importance du rôle des administrateurs publics, de la confiance que doit avoir la population à leur égard, le code établit des lignes directrices relatives à l'éthique et la déontologie qui doivent être respectées par chacun des administrateurs de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. Le texte intégral du code se trouve en annexe du présent document.

## La Commission médicale régionale

La Commission médicale régionale (CMR) est formée exclusivement de médecins (exception faite du directeur général de la Régie régionale). Jusqu'à 20 membres la composent, dont 14 avec droit de vote, les 6 autres membres siégeant à titre d'observateurs.

- 6 sont élus par leurs collègues, soit 3 omnipraticiens et 3 spécialistes (votants) ;

**Tableau 9** **Membres de la Commission médicale régionale au 31 mars 2002**

| Membres élus | Représentation |
|---|---|
| **Spécialistes** | |
| Docteur Martin Juneau<br>**Vice-président**<br>Cardiologue<br>Institut de cardiologie | Établissement universitaire |
| Docteur Louis Bouchard<br>Anatomo-pathologiste<br>CH de Lachine | Établissement non universitaire |
| Docteur Nabil Attié<br>Rhumatologue<br>Clinique médicale Viau St-Léonard | Cabinet privé |
| **Omnipraticiens** | |
| Docteur Lise Cusson<br>**Présidente**<br>Omnipraticienne<br>Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal | Établissement universitaire |
| Docteur Gaston Drapeau<br>Omnipraticien<br>CH de Lachine | Cabinet privé |
| Docteur W.-Michel Bichai<br>Omnipraticien<br>Institut universitaire de gériatrie de Montréal<br>Hôpital Santa Cabrini | CHSLD |
| **Membres nommés par les doyens** | |
| **Spécialistes** | |
| Docteur Samuel Benaroya<br>Vice-Doyen aux Affaires inter-hospitalières<br>Université McGill | Université McGill |
| Docteur Robert Amyot<br>Vice-Doyen aux études médicales postdoctorales<br>Université de Montréal | Université de Montréal |
| **Membres votants nommés par la Régie régionale de Montréal-Centre** | |
| **Omnipraticiens** | |
| Docteure Fabienne Grou<br>Omnipraticienne<br>Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal | Centre hospitalier, milieu universitaire |

↓

- 2 sont nommés par les doyens (votants) ;
- 4 sont nommés par la Régie régionale (votants) ;
- 2 sont membres d'office : le directeur de la santé publique et le directeur général de la Régie régionale (ou le médecin qu'il désigne à cette fin) ;
- 6 autres membres (non-votants) sont nommés par la Régie régionale avec un statut de membre observateur.

Au 31 mars 2002, la CMR était composée de 18 membres.

### Les principales activités de la Commission médicale régionale

Au cours de l'année 2001-2002, la Commission médicale régionale s'est penchée sur les dossiers suivants :

- Prise de position face au plan régional des effectifs médicaux spécialisés 2001-2003 – règles de gestion et adoption de ce plan de gestion
- Élaboration d'un modèle d'organisation et d'intégration des services médicaux en réseau sur le territoire de l'Île de Montréal, avec adoption de principes directeurs : un réseau de soins médicaux à mettre en place d'ici 2010 pour le mieux-être de la population
- Création d'un sous-comité sur le plan régional de l'organisation des services médicaux spécialisés (PROSEM), rédaction d'un document sur la collaboration et la complémentarité entre établissements, sur le partage des effectifs, et amorce de travaux sur le plan régional des effectifs médicaux 2003-2006 et des besoins en effectifs médicaux spécialisés
- Création d'un sous-comité sur l'organisation des services médicaux spécialisés en lien avec la première ligne qui traite de la hiérarchisation des services médicaux, de l'accessibilité aux services médicaux spécialisés et de l'accessibilité aux plateaux techniques
- Modification des règlements d'élection et de nomination des membres de la CMR, fins de mandats et nominations à la CMR
- Situation des salles d'urgence de la région de Montréal
- Compte rendu de la Table des chefs d'urgence

| | |
|---|---|
| Docteure Christiane Richard<br>Omnipraticienne<br>CLSC Ahuntsic | CLSC |
| Docteur Gilles Liboiron<br>Omnipraticien<br>CH Fleury | Centre hospitalier, milieu non universitaire |
| Docteur Benoît L. Poulin<br>Omnipraticien<br>Hôpital Louis-H. Lafontaine | Omnipraticien ayant une pratique polyvalente |

**Membres observateurs nommés par la Régie régionale de Montréal-Centre**

| | |
|---|---|
| **Spécialiste** | |
| Docteure Ewa Sidorowicz<br>Médecine interne<br>Hôpital Royal Victoria | Professeur adjoint |
| **Résident** | |
| Docteur Jean-Sébastien Délisle<br>Résident<br>Fédération des médecins résidents du Québec | Résident en médecine |
| **Omnipraticiens** | |
| Docteur Pierre Masson<br>Omnipraticien/DSP<br>Hôpital Maisonneuve-Rosemont | DSP, milieu universitaire |
| Docteur Charles Bellavance<br>Omnipraticien/DSP<br>Hôpital Jean-Talon | DSP, milieu non universitaire |

| **Membres d'office** | **Représentation** |
|---|---|
| **Spécialistes** | |
| Docteur Richard Lessard<br>Directeur de la santé publique<br>Santé communautaire<br>Régie régionale de Montréal-Centre | Direction de la santé publique |
| Docteur Guy Legros<br>Directeur médical<br>Secrétaire de la Commission médicale régionale<br>Régie régionale de Montréal-Centre | Désigné par le D.G. de la Régie régionale de Montréal-Centre |

- Projet de services de première ligne destinés aux personnes atteintes d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)
- Étude des modifications à la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la gouverne et le plan de gestion des effectifs médicaux par établissement
- Orientations ministérielles et budgétaires 2001-2002
- Rapport annuel 2001 de la Direction de la santé publique sur la santé mentale des adultes montréalais
- Comité de lutte contre le cancer.

### La Commission infirmière régionale

La Commission infirmière régionale est responsable envers le conseil d'administration de la Régie régionale de donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers sur le territoire et sur la planification de la main-d'oeuvre infirmière, à la lumière des plans régionaux d'organisation de services; certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région et qui impliquent les soins infirmiers; les approches novatrices de soins et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population. La Commission infirmière régionale est composée de 11 membres et présidée par Mme Louise Potvin.

#### Les principales activités de la Commission infirmière régionale

Depuis sa création en octobre 2001, les principaux dossiers à l'étude ont été :

- Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002 - « Le défi de l'accès »
- Plan des effectifs médicaux spécialisés 2001-2003
- Portrait de la main-d'œuvre pour le réseau montréalais
- Plan d'action et de suivi découlant du rapport du Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière
- Orientations et plan d'action de la Commission infirmière régionale
- Enseignement collégial en techniques infirmières.

**Tableau 10** **Membres de la Commission infirmière régionale**

| | |
|---|---|
| 4 personnes désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des conseils des infirmières et infirmiers des établissements | Lucie Tremblay<br>Geneviève Beaudet<br>Suzie Tremblay<br>Aline Bourgon |
| 2 personnes désignées par et parmi les gestionnaires des soins infirmiers des établissements et visés à l'article 206: directeur des soins infirmiers ou responsable des soins infirmiers | **Louise Potvin, présidente**<br>Clémence Brunette-Mallette |
| 1 personne désignée par et parmi les représentants des cégeps | Patricia Hanigan |
| 1 personne désignée par le doyen et le directeur du programme universitaire de sciences infirmières | Raymond Grenier |
| 1 personne désignée par et parmi les membres des CIA | Lise Therrien |
| 1 personne désignée par les précédentes, reconnue pour son expertise de pointe comme infirmière ou infirmier praticien | Linda Morneault |
| Le pdg de la Régie régionale ou l'infirmier (infirmière) qu'il désigne | Christiane Rouleau, directrice des Ressources humaines |

### La Commission multidisciplinaire régionale

La Commission multidisciplinaire régionale est responsable envers le conseil d'administration de la Régie régionale de donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des services sur le territoire et sur la planification de la main-d'oeuvre, à la lumière des plans régionaux d'organisation de services; certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région; les approches novatrices de soins et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population. La Commission multidisciplinaire régionale est composée de 13 membres et présidée par Mme Renée Voisard.

#### Les principales activités de la Commission multidisciplinaire régionale

Depuis sa création en octobre 2001, les principaux dossiers à l'étude ont été :

- Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002 - «*Le défi de l'accès*»
- Portrait de la main-d'œuvre pour le réseau montréalais
- Plan des effectifs médicaux spécialisés 2001-2003
- Plan d'action de la Commission multidisciplinaire régionale
- Modalités de communication pour assurer le lien entre la Commission multidisciplinaire régionale et les conseils multidisciplinaires d'établissements
- Vision renouvelée du système professionnel en santé et en relations humaines
- Principaux enjeux auxquels sont confrontés les CLSC de Montréal
- Principaux enjeux auxquels sont confrontés les CHSLD de Montréal.

**Tableau 11** **Membres de la Commission multidisciplinaire régionale**

| | |
|---|---|
| 3 professionnels du domaine social dont un gestionnaire et deux personnes désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des CM | Gilles Beauchamp<br>Marguerite Deschamps, gestionnaire<br>Lyne Nayel |
| 3 professionnels du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé, autres que la médecine et les soins infirmiers, dont un gestionnaire et deux personnes désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des CM | Dominique Martinet, gestionnaire<br>Michèle Quinn<br>**Renée Voisard, présidente** |
| 3 personnes des domaines techniques désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des CM | Charles Dion<br>Sylvie Masson<br>Suzanne Tremblay |
| 1 personne désignée par et parmi les représentants des collèges d'enseignement général et professionnel | Peter Ross |
| 1 personne désignée par et parmi les représentants des écoles et facultés d'enseignement universitaire dans les domaines de la santé | Robert Dykes |
| 1 personne désignée par et parmi les représentants des écoles et facultés d'enseignement universitaire dans les domaines sociaux | Robert Doré |
| Le pdg de la Régie régionale ou la personne qu'il désigne | Francine Rochon, directrice de la Programmation et coordination |

## LES EFFECTIFS MÉDICAUX

Au 31 mars 2002, la région comptait 5 050 médecins, soit 3216 médecins spécialistes et 1834 médecins omnipraticiens.

En ce qui a trait aux spécialités, le plan 2001-2003 du ministère de la Santé et des Services sociaux, en vigueur depuis février 2001, a établi une gestion des effectifs médicaux par établissement pour les

spécialités de base. Cette particularité du plan résulte en une nouvelle gestion qui implique de nombreux échanges d'informations ainsi que des ajustements entre les divers partenariats concernés. L'objectif de croissance a été fixé à 68 médecins excluant la radio-oncologie, la neurochirurgie et la chirurgie cardiaque, des spécialités pour lesquelles la hauteur de croissance est maximale.

En ce qui concerne les médecins omnipraticiens, le ministère de la Santé et des Services sociaux a prolongé le plan 1997-2000 en maintenant le même objectif de croissance de 20 omnipraticiens. Des démarches pour définir le plan 2003-2005 sont amorcées.

**Tableau 12** **Effectifs médicaux**

| **OMNIPRATIQUE - Plan 1997-2002** | **Omnipraticiens** |
|---|---|
| Résultats au 1er avril 1997 | 1 780 |
| Objectifs ministériels | 20 |
| Objectifs réels | 1 800 |
| Résultats au 31 mars 2002 | **1 834** |
| Objectifs réels | 1 800 |
| Variation | + 34 |
| **SPÉCIALITÉS - Plan 2001-2003** | **Spécialistes** |
| Résultats au 1er février 2001 | 3 163 |
| Objectifs ministériels | 68 |
| Objectifs réels | 3 231 |
| Résultats au 31 mars 2002 | **3 216** |
| Objectifs réels | 3 231 |
| Variation | - 15 |
| **Total (Omnipraticiens + spécialistes)** | **5 050** |

## LE DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE (DMRG)

Le Département régional de médecine générale est composé de tous les médecins omnipraticiens de la région qui reçoivent une rémunération de la Régie d'assurance-maladie du Québec (RAMQ). Il a notamment pour mandat d'élaborer les plans régionaux des effectifs médicaux et d'organisation des services et de définir un réseau d'accessibilité aux services médicaux. Il doit également faire des recommandations sur la nature des programmes prioritaires et sur la liste des activités médicales particulières. Le DRMG a mis les six comités suivants sur pied : le sous-comité administratif, le sous-comité PREMN-AMP, le sous-comité PROS-réseau intégré-garde en disponibilité, le comité de l'implantation, le comité de la réglementation et le comité de la formation médicale continue.

**Tableau 13** **Comités du DRMG**

- Sous-comité administratif
- Sous-comité PREM-AMP
- Sous-comité PROS-RÉSEAU intégré garde en disponibilité
- Comité de l'implantation
- Comité de la réglementation
- Comité de la formation médicale continue

Le comité de direction du DRMG est composé des 13 personnes suivantes :

**Médecins élus**

Dr Serge Dulude, chef du département (cabinets privés)

Dr Louise Authier (établissements)

Dr Michel Miron (cabinets privés)

**Coordonnateurs des sous-régions**

Dr W.-Michel Bichaî, sous-région Est

Dr Jean-Pierre Guay, sous-région Centre-Est

Dr Mark Roper, sous-région Centre-Ouest

Dr Richard Bergeron, sous-région Ouest

Dr Marie-France Pelland, sous-région Nord

Dr Michel Dallaire, sous-région Sud-Ouest

**Représentants d'établissements, de la santé publique ou du milieu académique**

Dr Benoît Poulin, CH soins psychiatriques

Dr Benoit Deschamps, CLSC

Dr Théodore Leibovici, Urgence-Santé

**Le représentant du directeur général de la Régie régionale de Montréal-Centre**

Dr Guy Legros, directeur des affaires médicales

## Les choix stratégiques, les priorités


Une orientation stratégique : l'accessibilité ..... 18
Onze principes directeurs ..... 18
Des priorités régionales de santé et de bien-être ..... 23
Six continuums de services ..... 24
Douze mesures centrales ..... 26
Un financement adéquat ..... 31
Une vingtaine d'indicateurs stratégiques ..... 31
L'information à la population ..... 36

## UNE ORIENTATION STRATÉGIQUE : L'ACCESSIBILITÉ

Veuillez prendre note que les chiffres qui apparaissent dans ce chapitre sont ceux de la version intégrale du *Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998 2002 – Le Défi de l'accès* au moment de sa publication en juin 1998.

Au cours des années 1998-1999 à 2001-2002, la Régie régionale de Montréal-Centre s'est fixé comme objectif d'améliorer les délais d'accès à des soins et à des services importants pour la santé et le bien-être de la population en accentuant ses efforts en vue de consolider les services et d'améliorer la performance du réseau dans certains secteurs clés de son réseau.

Pour atteindre ses objectifs, elle adoptait, en mai 1998, *Le Défi de l'accès*, plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux à Montréal.

Pour relever ce défi, la Régie régionale entend s'appuyer sur des citoyens actifs, informés et impliqués dans les changements souhaités.

## ONZE PRINCIPES DIRECTEURS

La façon dont la Régie régionale conçoit l'amélioration des services de santé et des services sociaux à Montréal est présentée et contenue dans onze principes directeurs. Ceux-ci ont guidé et fondé les choix recensés dans Le Défi de l'accès.

### 1. UNE VISION MÉTROPOLITAINE DES SERVICES

La région de Montréal assure des services spécialisés aux résidants de l'île, à l'ensemble de la population métropolitaine et, dans certains cas, du Québec. Cette zone métropolitaine compte 2 900 000 personnes, dont 1 800 000 sur l'île de Montréal, ce qui représente au total 59 % de la population du Québec. Les cinq régions administratives qu'on y retrouve disposent de 57 % du budget québécois de la santé et des services sociaux.

Parce qu'il n'y a aucune frontière réelle entre les différents territoires de la zone métropolitaine, la population a librement accès, au-delà des limites administratives, à l'ensemble des ressources en fonction de ses besoins.

**Tableau 14** **Les onze principes directeurs**

**Quatre orientations générales**

1. Une vision métropolitaine des services
2. Une approche réseau
3. Des services publics à la bonne vitesse
4. L'enseignement et la recherche

**Sept orientations plus spécifiques**

5. Des services accessibles au bon moment, au bon endroit
6. Des activités de promotion et de prévention mieux intégrées
7. Cibler au lieu de saupoudrer
8. Le balisage avec les meilleures pratiques
9. L'amélioration continue de la qualité pour tous
10. La reconnaissance du communautaire et du partenariat intersectoriel
11. Le respect des caractéristiques linguistiques et ethnoculturelles de la population

Concevoir ainsi la dispensation de services spécialisés à Montréal entraîne, cela va de soi, des conséquences sur la façon de gérer ces services.

### ■ Considérer une approche métropolitaine pour l'accès aux services spécialisés

La Régie régionale pense que le Ministère et ses partenaires dans la région métropolitaine doivent reconnaître cet espace métropolitain et collaborer à une planification intégrée de l'organisation des services spécialisés. Elle croit que le rééquilibrage des ressources de soins généraux et de certains soins spécialisés dans l'espace métropolitain devrait viser une amélioration de l'accès et de la qualité des services ainsi qu'une utilisation optimale de l'ensemble des ressources et infrastructures, selon une approche intégrée avec les régions limitrophes.

### ■ Une approche locale ou régionale pour l'accès aux services de première ligne

L'accès aux services de première ligne, que ce soit dans le domaine de la santé physique, des services sociaux, de la santé mentale, du maintien à domicile ou encore pour des services d'hébergement et de soins de longue durée doit être assuré sur une base locale dans chacune des régions.

### ■ Des enveloppes budgétaires nationales adéquates

Certains services ultraspécialisés, tels les transplantations, la chirurgie cardiaque et la neurochirurgie ont un bassin de desserte qui englobe la grande région métropolitaine (et, dans certains cas, tout le Québec). Pour la Régie régionale, la voie de la solution passe par la création d'enveloppes nationales pour financer ces services.

## 2. UNE APPROCHE RÉSEAU

La réponse aux besoins de la population de la grande région de Montréal est assurée par une multiplicité d'acteurs. Dès 1995, dans le but d'assurer une continuité des soins et services, la Régie régionale a entrepris de mettre en place un réseau interactif d'entités autonomes au plan local. C'est ainsi, pour ne citer que cet exemple, qu'un médecin doit s'assurer auprès du CLSC concerné que le service est disponible et s'entendre sur le suivi à donner avant de prescrire à son patient des soins postopératoires à domicile.

Cette approche implique que les partenaires du réseau convergent vers des objectifs communs, coordonnent leurs actions, se donnent des mécanismes de liaison et acceptent d'adopter des normes et des standards de communication uniformes.

**Tableau 15** **Proportions des services hospitaliers dispensés à des non-résidents de Montréal**

| Services hospitaliers pour des non-résidents | 34 % |
|---|---|
| Services ultraspécialisés | 53 % |
| Services spécialisés | 35 % |
| Services généraux | 29 % |

**Tableau 16** **Pourcentage de patients provenant de régions voisines**

| Établissements | % de patients en provenance des régions voisines : Laval, Montérégie, Laurentides, Lanaudière |
|---|---|
| Centre hospitalier de l'Université de Montréal | 37,0 % |
| Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal | 53,4 % |
| Centre hospitalier Angrignon | 18,1 % |
| Hôpital général du Lakeshore | 32,8 % |

**Tableau 17** **Approche réseau : 2 conditions essentielles**

- S'assurer que chaque composante dispose des ressources appropriées pour jouer efficacement son rôle;
- Mettre en place des mécanismes de liaison interactifs fonctionnels.

### 3. DES SERVICES PUBLICS À LA BONNE VITESSE

La Régie régionale entend consolider et continuer à développer l'accessibilité à des services publics de qualité, en misant sur l'amélioration de la performance du réseau public par l'optimisation de toutes les ressources à sa disposition. De cette façon, elle évitera l'instauration de deux systèmes de services, l'un pour les riches et l'autre pour les pauvres.

Vouloir maintenir le caractère public des services, ce n'est pas rejeter la collaboration du secteur privé. Les services d'hébergement et de soins de longue durée, la recherche et l'implantation d'industries reliées au domaine de la santé, telles que les industries pharmaceutiques, biotechnologiques, les technologies de l'information et de consultation se prêtent bien, selon la Régie, à cette collaboration. C'est dans des créneaux susceptibles d'apporter une valeur ajoutée réelle au plan économique, social ou à la qualité des services que l'on retrouve, à l'heure actuelle, le partenariat développé avec le secteur privé.

### 4. L'ENSEIGNEMENT ET LA RECHERCHE

Au 31 mars 1999, la région de Montréal-Centre comptait neuf établissements universitaires : sept désignés officiellement et deux en attente de désignation. Ces établissements ont une triple vocation : prestation de services, enseignement et recherche. Au cours des années, la Régie régionale poursuivra ses interventions auprès du ministre afin qu'il reconnaisse la désignation universitaire dans le domaine de la santé mentale (institut universitaire de santé mentale) et des CLSC (centre affilié universitaire).

Parce qu'elles favorisent l'évolution et le développement des nouvelles technologies médicales et informationnelles qui sont au cœur de l'amélioration de la qualité et de l'efficacité de ses services, la Régie régionale considère que l'enseignement et la recherche sont des composantes essentielles dans l'amélioration des services à la population. La Régie régionale assurera la réussite du virage ambulatoire, de la qualité des services diagnostiques et thérapeutiques ainsi que de l'accès aux plateaux techniques en maintenant ses équipements à la fine pointe de la technologie dans ces centres.

Le soutien et le financement de ces activités constituant un enjeu majeur, la Régie régionale entend utiliser tous les moyens dont elle dispose pour en favoriser l'essor et en maximiser les retombées dans l'ensemble du réseau. Pour l'enseignement et la recherche, elle recommande la constitution, sur le modèle de celle dédiée aux services, d'une enveloppe nationale divisée en deux parties : l'une pour les services et l'autre pour le financement des immobilisations et l'acquisition ou le remplacement des équipements nécessaires pour appuyer la mission des centres universitaires.

### 5. DES SERVICES ACCESSIBLES AU BON MOMENT, AU BON ENDROIT

Chacun souhaite demeurer à la maison le plus longtemps possible, tant que le niveau de son autonomie le lui permet. Quand notre sécurité et notre santé l'exigent, le recours aux services institutionnels devient alors plus évident.

Tous les continuums de services ont tendance à privilégier le maintien dans le milieu de vie naturel lorsque cela s'avère possible. Utiliser le bon niveau de soins au bon moment est plus économique, tant pour le réseau que pour la population. Cela requiert cependant l'utilisation optimale et judicieuse de toutes les ressources accessibles, du domicile et de la communauté à celles offertes en institution.

### 6. DES ACTIVITÉS DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION MIEUX INTÉGRÉES

Au plan de la prévention-promotion, la Régie régionale choisit ses actions en fonction de leur importance pour la santé et le bien-être de la population, de sa capacité d'agir et du degré de mobilisation du milieu. Ces actions se concrétisent souvent grâce à la collaboration d'un partenariat intersectoriel efficace et tourné vers l'action au plan local et régional. Dorénavant, la Régie régionale veut mieux intégrer les mesures de prévention et de promotion au sein de chacun des continuums de services.

Les quatre grandes priorités régionales de santé et de bien-être identifiées en 1994 demeurent toujours d'actualité : la santé et le bien-être des tout-petits, le développement optimal des jeunes, la violence faite aux femmes et le cancer du sein. Le Ministère a ajouté cinq priorités nationales à ces choix régionaux. Celles-ci sont relatives aux immunisations, au VIH-SIDA et aux maladies transmises sexuellement, aux traumatismes non-intentionnels, à l'alcoolisme-toxicomanie et au tabagisme.

### 7. CIBLER AU LIEU DE SAUPOUDRER

La Régie régionale est d'avis que, parce qu'il résulte très souvent de compromis entre les intérêts de plusieurs groupes d'influence, le saupoudrage de ressources sur un grand nombre de mesures est inefficace. Elle favorise plutôt une approche mieux ciblée de ses interventions.

Tout comme ceux qui l'ont précédé, ce plan vise à concentrer les efforts de la Régie régionale sur un nombre plus limité de cibles, selon leur importance pour la population et la capacité de celle-ci d'agir pour réaliser les améliorations souhaitées.

### 8. BALISER AVEC LES MEILLEURES PRATIQUES

En matière de services, avec des ressources comparables et dans un contexte équivalent, la Régie

régionale désire atteindre les standards de qualité et d'efficience les meilleurs, tant au Québec qu'au Canada et ailleurs dans le monde.

Cet objectif nécessite patience, créativité et constance dans le travail. Il implique également d'évaluer objectivement sa performance, de la comparer aux meilleures dans chaque domaine, de faire le bon diagnostic des éléments à améliorer et, parfois, de changer substantiellement les façons de faire. L'utilisation plus efficace d'un nombre important d'études et d'outils statistiques favorise maintenant le développement de systèmes d'information de plus en plus sophistiqués.

Afin d'identifier les pistes d'amélioration, la Régie régionale privilégie l'utilisation de cette approche de façon systématique dans l'ensemble des continuums de services à la population ainsi que dans l'analyse de la performance des services administratifs et de soutien.

### 9. L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ

C'est en 1994 que la Régie régionale a initié une démarche qui visait à orienter le réseau régional vers l'adoption d'un processus intégré d'amélioration continue de la qualité des services. Ce processus l'a amenée, entre autres, à se donner une compréhension commune du concept de service qui implique à la fois les attentes de la population et la façon de rendre les services aux plans relationnel, professionnel et organisationnel. Afin d'expérimenter des programmes intégrés d'amélioration continue de la satisfaction des usagers, vingt sites pilotes ont été créés dans toutes les catégories d'établissement.

Le plan 1998-2002 veut continuer à soutenir une approche intégrée et généralisée d'amélioration continue pour tous. Plus précisément, la Régie régionale désire améliorer, de façon continue dans tous les continuums de services, la qualité aux plans de la satisfaction de la population, de l'efficience et de l'impact sur la santé et le bien-être. Cette approche implique aussi l'adoption d'une stratégie intégrée de développement des compétences et de mobilisation du personnel. Des projets pilotes actuellement en cours, la Régie régionale veut passer à une généralisation des programmes d'amélioration continue.

### 10. LA RECONNAISSANCE DU COMMUNAUTAIRE ET DU PARTENARIAT INTERSECTORIEL

Bien que reconnaissant l'importance des conditions de vie comme facteur déterminant, la Régie régionale est d'avis que les citoyens sont aussi, tant individuellement que collectivement, les premiers responsables de leur santé et de leur bien-être. C'est par l'engagement volontaire et bénévole d'une collectivité en vue de trouver des moyens de répondre à des besoins nouveaux ou non satisfaits, ou de proposer des approches différentes que s'exprime l'action des organismes communautaires. Cette vision

s'accomplit dans la poursuite de la consolidation financière des groupes communautaires à titre de partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et se traduit dans le respect des principes suivants :

- Reconnaissance de l'autonomie, de l'expertise et de la compétence des organismes communautaires;
- Adhésion à une approche globale (dans le sens du non morcellement des problématiques vécues par la population);
- Équité de financement selon les besoins de la population desservie et compte tenu des ressources financières disponibles;
- Gestion simple, efficace et connue de tous;
- Cohérence dans les interventions auprès de ces organismes.

L'accentuation de la concertation intersectorielle, tant aux plans régional que local, fait également partie des choix de la Régie régionale. Cette concertation, tournée vers l'action, implique évidemment tant ses partenaires du milieu communautaire que ceux des secteurs de l'éducation, des municipalités, de la justice, de la sécurité publique, des communautés culturelles et de l'immigration, du développement social et économique, dans la réalisation d'objectifs communs et librement partagés.

### 11. LE RESPECT DES CARACTÉRISTIQUES LINGUISTIQUES ET ETHNOCULTURELLES DE LA POPULATION

La culture des personnes desservies constitue certes un élément important, compte tenu des caractéristiques linguistiques et ethnoculturelles de la population montréalaise. Dans le respect de cette diversité ethnoculturelle et linguistique, la Régie régionale recherche constamment le juste équilibre entre les attentes de la population et le respect des droits, des lois et des politiques.

## DES PRIORITÉS RÉGIONALES DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE

En 1995, la Régie régionale a établi onze priorités de santé et de bien-être qui ont été intégrées au plan d'amélioration 1998-2002 dans les continuums de services visés. Quatre de celles-ci sont des priorités de santé et de bien-être qui font l'objet d'une attention particulière de la part de la Direction de la santé

publique. On les retrouve dans chaque continuum de services. La Régie régionale a toutefois choisi d'apporter une attention particulière et un suivi plus régulier aux quatre premières. Ces quatre priorités sont les suivantes :

**Santé et mieux-être des tout-petits**

Améliorer la santé et le mieux-être des tout-petits en milieu défavorisé, y compris au moment de la grossesse.

**Développement optimal des jeunes**

Améliorer le développement des jeunes en soutenant l'acquisition de comportements favorables à la santé et la prévention des difficultés d'adaptation et de la marginalité.

**Violence faite aux femmes**

Prévenir la violence faite aux femmes et en réduire les conséquences défavorables pour la santé et le bien-être des femmes.

**Cancer du sein**

Diminuer la mortalité et la morbidité du cancer du sein.

## SIX CONTINUUMS DE SERVICES

Le plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002 s'articule autour de 12 mesures centrales regroupées au sein de six continuums de services qui sont les suivants :

1. les services en santé physique;
2. les services aux personnes âgées en perte d'autonomie;
3. les services aux personnes ayant une déficience physique;
4. les services de santé mentale;
5. les services en déficience intellectuelle;
6. les services en adaptation sociale :
   - les services aux enfants, aux jeunes, aux jeunes adultes et à leurs parents;

**Tableau 18** **Un continuum de services**

Information

•

Promotion-prévention

•

Support

•

Services de base

•

Intervention de crise ou d'urgence, soins aigus

•

Traitement spécialisé ou ultraspécialisé

•

Réadaptation/réintégration sociale

- les services reliés à la violence faite aux enfants;
- les services en alcoolisme et en toxicomanie;
- les services aux personnes itinérantes;
- les services relatifs au sida.

Chacun des continuums inclut des services accessibles, continus et intégrés. Un continuum suppose des modalités d'articulation entre les divers dispensateurs et les différents niveaux d'intervention. Ces modalités contribuent à optimiser la continuité des services dans une perspective de fonctionnement en réseau et minimisent le cloisonnement entre les différents niveaux d'intervention.

## DOUZE MESURES CENTRALES

### POUR LES SERVICES DE SANTÉ PHYSIQUE : 4 mesures centrales

**1. Améliorer l'accès aux soins médicaux de première ligne : un réseau intégré de services de première ligne.**

Afin d'atteindre ses objectifs de qualité et d'efficience dans l'amélioration de la prestation des services médicaux de première ligne, la Régie régionale veut initier l'organisation d'un réseau global et intégré de services médicaux généraux sur son territoire.

Ce réseau doit impliquer tous les médecins omnipraticiens du territoire de la Régie régionale qui offrent des services médicaux de première ligne (en santé mentale et en santé physique), quel que soit leur milieu d'exercice : centres d'hébergement et de soins de longue durée, centres de réadaptation, CLSC, cliniques médicales, polycliniques et cabinets privés. Ce réseau de soins généraux devra être étroitement lié aux autres réseaux de soins spécialisés de deuxième et de troisième ligne.

La création du Département régional de médecine générale constitue le moyen privilégié pour mettre sur pied et actualiser le réseau intégré de services médicaux de première ligne.

**2. Régler, de façon permanente, l'engorgement des salles d'urgence.**

Parce qu'ils dépendent de plusieurs facteurs, les problèmes reliés à l'engorgement des salles d'urgence sont nombreux et complexes La Régie régionale est d'avis que les solutions à ces problèmes se retrouvent dans l'ensemble du réseau de services, tant avant l'arrivée de la personne à l'urgence que pendant son séjour et après son départ. Elles doivent s'intégrer dans un continuum de services qui répond aux besoins de la personne, au bon moment et au bon endroit.

Pour éviter tout séjour de plus de 24 heures dans une salle d'urgence, la Régie régionale compte sur différents moyens : la création de cinq centres ambulatoires sur le territoire montréalais (Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Centre universitaire de santé McGill (CUSM), Hôpital général du Lakeshore, Hôpital Maisonneuve-Rosemont et Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal); l'utilisation d'alternatives à l'urgence, une amélioration du fonctionnement de la salle d'urgence, une croissance de la performance de l'hôpital et une meilleure liaison entre l'hôpital et les autres ressources.

**Tableau 19 Des conditions de succès pour la pratique médicale**

La réalisation du plan d'amélioration des services 1998-2002 nécessite le développement, au plan national, d'un certain nombre de conditions permettant l'atteinte des objectifs visés. En ce qui a trait à la pratique médicale, on peut retenir trois conditions :

- La conclusion d'une entente avec la Fédération des omnipraticiens du Québec qui permettra la mise sur pied d'un réseau intégré de médecine générale;
- La levée du décret réduisant de 30 % la rémunération des nouveaux omnipraticiens qui désirent s'installer sur l'île de Montréal;
- Des modalités de rémunération des spécialistes qui permettent l'atteinte des objectifs d'amélioration de l'accès aux services dans les secteurs de la chirurgie cardiaque, de la neurochirurgie, de l'orthopédie, de l'ophtalmologie et de la radio-oncologie.

**3. Améliorer l'accès aux soins ultraspécialisés.**

Toutes les actions envisagées visent à diminuer les listes et les délais d'attente dans les secteurs névralgiques que sont la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie, l'orthopédie, l'ophtalmologie et la radio-oncologie.

**4. Améliorer l'accès aux services de prélèvement et aux analyses de laboratoire.**

Tous les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés du territoire ainsi que douze CLSC offrent des services de prélèvement sans rendez-vous.

La Régie régionale souhaite améliorer encore davantage l'accessibilité à ces services, notamment en offrant des plages horaires sans rendez-vous dans tous les CLSC et en reliant ces derniers à un laboratoire afin qu'ils obtiennent rapidement les résultats. Tous les CLSC devraient être en mesure d'offrir quotidiennement quatre heures d'ouverture, de 7 h 30 à 11 h 30, pour des prélèvements sans rendez-vous.

## POUR LES SERVICES AUX PERSONNES ÂGÉES : 1 mesure centrale

**5. Améliorer la réponse aux besoins de services des personnes âgées en perte d'autonomie.**

Tout en ne représentant qu'environ 15 % de la population de la région, les personnes âgées constituaient 32 % des personnes hospitalisées et nécessitaient 50 % des jours présence en hospitalisation de courte durée en 1996-1997. La durée moyenne de leur séjour est généralement plus longue que celle de l'ensemble de la population (12,6 jours comparativement à 7,97 jours).

Le continuum de services offert à cette clientèle fait en sorte que les personnes qui requièrent moins de 1,5 heure-soins par jour sans besoin de surveillance devraient voir leurs besoins couverts par les services de maintien à domicile et les ressources d'habitation privées. La clientèle nécessitant moins de 1,5 heure-soins par jour, mais présentant des problèmes de comportement devrait être accueillie dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée, de même que la clientèle requérant entre 1,5 et 2,5 heures-soins par jour avec besoin de surveillance.

La Régie désire améliorer la réponse du réseau aux besoins des personnes en hébergement institutionnel (centre d'hébergement), pendant une hospitalisation, à domicile ou en ressource

d'hébergement non institutionnel (pavillon, résidence d'accueil). Elle veut aussi consolider le guichet unique (CLSC), qui concentre un ensemble des services offerts aux personnes âgées, tels que l'évaluation de leurs besoins, la prestation des soins appropriés et l'orientation dans le réseau.

**Un guichet unique**

Dans chaque CLSC, une personne-ressource voit à assurer à chaque personne en perte d'autonomie les bons services adaptés à sa situation : évaluation des besoins, prestation des soins appropriés, orientation dans le réseau, etc. Le plan 1998-2002 vise à consolider l'implantation de ce guichet unique dans tous les CLSC.

## POUR LES SERVICES AUX PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE : 2 mesures centrales

### 6. Améliorer l'accès aux services externes de réadaptation fonctionnelle intensive.

La Régie régionale veut offrir, par l'intermédiaire des CLSC, des services de réadaptation fonctionnelle intensive à domicile. La clientèle principalement ciblée présente une problématique orthopédique, comme c'est le cas pour les personnes qui ont subi une arthroplastie de la hanche ou du genou et dont la condition clinique et psychosociale permet une telle approche.

La Régie régionale entend optimiser, par différents moyens, l'articulation des interventions des centres hospitaliers de réadaptation et des unités fonctionnelles intensives en centre d'hébergement et de soins de longue durée avec les établissements agissant en amont et en aval de leurs interventions.

### 7. Améliorer l'accès aux services de maintien dans la communauté.

Les services de maintien dans la communauté impliquent les services dispensés par les CLSC, les services de répit et de dépannage offerts par des établissements tel que le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau et les services offerts par les organismes communautaires.

Afin d'éliminer la liste d'attente et d'assurer une réponse aux besoins des nouvelles familles à desservir à chaque année, la Régie régionale augmentera le budget du Programme de subventions pour le soutien aux familles des personnes présentant une déficience physique.

Afin d'éliminer la liste d'attente et d'accroître l'accès aux services intensifs à domicile pour les personnes de moins de 65 ans qui présentent une déficience physique, la Régie régionale rehaussera le montant investi dans le Programme de services à domicile intensifs à long terme pour les personnes handicapées physiques.

### POUR LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE : 1 mesure centrale

**8. Améliorer l'accès aux services de base et aux services dans la communauté.**

La Régie régionale veut favoriser l'accès aux services de base dans la communauté afin d'éviter la détérioration de la santé et du bien-être des personnes qui souffrent de troubles mentaux transitoires ou persistants, ainsi qu'à leur famille et à leurs proches.

### POUR LES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE : 1 mesure centrale

**9. Desservir toutes les personnes en attente de services.**

La gamme de services en déficience intellectuelle repose principalement sur trois grands programmes. En mars 1998, plus de 1 500 personnes étaient en attente de services dans l'ensemble des programmes, soit près de 400 en provenance de la liste d'attente des services résidentiels, environ 440 en attente de services socioprofessionnels diversifiés et enfin, plus de 750 personnes en attente de services de soutien à la personne, à la famille et à la communauté. L'objectif de la Régie régionale est d'arriver à offrir des services à toutes les personnes en attente.

### POUR LES SERVICES D'ADAPTATION SOCIALE : 2 mesures centrales

**10. Jeunes : Développer un projet jeunesse partagé et mobilisateur.**

La Régie régionale désire mettre en place, dans chacun des territoires de CLSC, un projet jeunesse qui contribuera à corriger les lacunes concernant l'accessibilité, la continuité et la non-intégration des services jeunesse, qu'ils soient préventifs ou curatifs.

**Tableau 20 Des conditions de succès en santé mentale**

Suite à l'adoption des orientations ministérielles en santé mentale, certaines conditions de réalisation s'imposent :

- Un budget de transition de l'ordre de 15 M$, autorisé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, permettra d'amorcer le développement de services dans la communauté et de former les ressources humaines;
- Le développement des services d'hébergement en milieu substitut, des services prioritaires et de réadaptation-réinsertion sociale et de soutien aux familles et aux proches;
- Un échéancier de cinq ans suite à l'adoption des orientations ministérielles.

La réalisation du plan implique également la sensibilisation de la population aux problèmes reliés à la santé mentale et une information adéquate des différents services offerts.

L'amélioration de l'état de santé et de bien-être des jeunes, le développement de façon optimale de l'adaptation et l'intégration sociale des jeunes, notamment des plus démunis, ainsi que l'amélioration des conditions de sécurité et de protection des jeunes et du public en général figurent au rang des objectifs poursuivis par ce projet. Les différents acteurs jeunesse seront tous sollicités afin de concrétiser ce projet.

**11. Alcoolisme / toxicomanie : Se donner un plan régional d'action intersectoriel.**

Le virage préventif, la personne au centre de toutes les interventions et le choix d'une action concertée avec les autres intervenants de la société figurent au rang des voies à suivre en matière d'intervention en toxicomanie au Québec, selon le consensus chez les différents spécialistes (Orientations ministérielles à l'égard de l'usage et de l'abus des psychotropes, 1990; Rapport du groupe de travail sur la lutte contre la drogue, 1990).

Le plan régional d'action intersectoriel vise à mettre en place un réseau intégré de services en alcoolisme et toxicomanie qui inclura l'ensemble de la gamme des services prévus pour ce continuum. On insistera entre autre, sur le dépistage et l'intervention précoce, l'accessibilité pour la clientèle anglophone et l'application, dans tous les CLSC, du programme régional en promotion de la santé et prévention des toxicomanies.

## POUR L'ENSEMBLE DES CONTINUUMS DE SERVICES : 1 mesure commune

**12. Intégrer des mesures efficaces de prévention et de promotion au sein de chacun des continuums de services.**

L'une des caractéristiques du plan 1998-2002 est l'introduction, le plus tôt possible, de mesures efficaces de prévention, en amont des services de crise et des services spécialisés.

## UN FINANCEMENT ADÉQUAT

Les développements récurrents requis pour l'amélioration des services de santé et des services sociaux sur l'ensemble du territoire de la Régie régionale étaient toujours estimés à 155,8 $M, à la fin de l'exercice 2000-2001, 8,5 M$ de plus que ce qui avait d'abord été estimé. Cet écart à la hausse s'explique par une meilleure connaissance des besoins financiers pour certaines mesures qui n'avaient fait l'objet d'aucune évaluation jusqu'à la mi-parcours du plan 1998-2002.

### Sommaire financier lié aux continuums de services

En 2001-2002, la Régie régionale a reçu en développements récurrents un montant de 13 836 406 $. Les secteurs Personnes âgées et Santé physique ont reçu 63 % de ce montant. Les autres secteurs se sont partagés les 5 millions restants, soit plus de 2,8 M$ pour les CLSC; 1,5 M$ pour la déficience intellectuelle; 581 000 $ pour l'adaptation sociale et 120 000 $ pour les personnes ayant une déficience physique.

Au total, un montant de 92 818 189 $, soit 60 % des sommes requises, a été reçu pour les années 1998 à 2002. *(Voir tableau Développements requis et obtenus pour le plan 1998-2002)*

**Tableau 21** **Des conditions de succès : un financement adéquat**

- Financement des coûts de système;
- Contribution adéquate de l'enveloppe pour les services ultraspécialisés;
- Budgets d'immobilisation adéquats;
- Stratégie de financement pour les ressources informationnelles;
- Financement de démarrage pour certains continuums de services;
- Financement adéquat pour l'adaptation et le développement de la main-d'œuvre;
- Constitution d'une enveloppe nationale pour l'enseignement et la recherche.

## UNE VINGTAINE D'INDICATEURS STRATÉGIQUES

Le *Tableau de bord central* est un outil de gestion qui permet, à l'aide d'indicateurs, de suivre l'évolution de certaines composantes du système de santé, notamment l'efficience et l'efficacité du réseau, l'impact des mesures mises en place sur la santé et le bien-être de la population et la satisfaction de la clientèle.

À l'origine, 26 indicateurs ont été retenus pour suivre le *Plan d'amélioration des services 1998-2002*. Quatre indicateurs ont été abandonnés au fil des ans, car aucun système d'information ne pouvait supporter la collecte de données pertinentes à leur production. Par ailleurs, en l'an 2000, la Direction des ressources humaines se joignait au processus de reddition de compte intégrée en produisant 4 nouveaux indicateurs liés aux priorités du Défi de l'accès.

Pour l'année 2001-2002, les éléments suivants sont à retenir :

### L'accessibilité aux services

- La croissance des listes d'attente en chirurgie peut s'expliquer par différents facteurs dont

**Tableau 22** **Développements requis et obtenus pour le plan 1998-2002**

| | Développements récurrents requis pour plan 1998-2002 | Développements récurrents obtenus 1998-1999 | Développements récurrents obtenus 1999-2000 | Développements récurrents obtenus 2000-2001 | Développements récurrents obtenus 2001-2002 | Total développements récurrents obtenus 1998-2002 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **SANTÉ PHYSIQUE** | | | | | | |
| 3.1.12 Fonds développement accès spécialisés et ultraspécialisés | | | | | | |
| Programmes prioritaires | | | | | | |
| A) Cardiologie tertiaire | | | | | | |
| • Cathéters | 6 500 000 $ | | | | 783 824 $ | 783 824 $ |
| • Tuteurs | 2 880 000 $ | 1 259 389 $ | -418 289 $ | | | 841 100 $ |
| • Défibrillateurs | 1 262 000 $ | 638 000 $ | 220 000 $ | | | 858 000 $ |
| • Chirurgie cardiaque adulte | 3 910 000 $ | 1 983 561 $ | 1 407 039 $ | 8 750 000 $ | 1 434 000 $ | 13 574 600 $ |
| • Chirurgie cardiaque pédiatrique | 1 300 000 $ | 240 000 $ | -240 000 $ | | | |
| B) Transplantation | 2 223 000 $ | | | | | |
| C) Dialyse rénale | 2 922 000 $ | | 2 700 000 $ | | | 2 700 000 $ |
| D) Accessibilité générale à la chirurgie | 3 500 000 $ | | 3 000 000 $ | | | 3 000 000 $ |
| E) Neurochirurgie | 1 977 000 $ | 707 490 $ | 67 554 $ | 401 300 $ | | 1 176 344 $ |
| F) Ophtalmologie | 1 000 000 $ | 859 845 $ | 71 155 $ | 252 865 $ | | 1 183 865 $ |
| G) Orthopédie | 1 800 000 $ | 2 555 465 $ | -860 710 $ | 676 836 $ | | 2 371 591 $ |
| H) Instrumentation endoscopique | | 1 000 000 $ | -1 000 000 $ | | | |
| I) Autres besoins | 7 092 000 $ | | 422 324 $ | 225 000 $ (2) | 75 000 $ | 722 324 $ |
| Autres | | | | | | |
| Centre ambulatoire Lakeshore | | | | | | |
| Radiologie diagnostique et autres | | | | | | |
| J) Radio-oncologie | 6 000 000 $ | | 3 500 000 $ | 1 320 000 $ | 1 534 000 $ | 6 354 000 $ |
| K) Résonnance magnétique | 1 200 000 $ | | 1 800 000 $ (1) | | 500 000 $ | 2 300 000 $ |
| L) Consolidation du programme de traumatologie | 2 000 000 $ | | 1 100 000 $ | | | 1 100 000 $ |
| 3.1.14 Amélioration des soins postopératoires : services en CLSC - IVG | 5 300 000 $ | 1 767 816 $ | 1 922 744 $ | 1 264 196 $ (3) | | 4 954 756 $ |
| | | 371 560 $ | | | | 371 560 $ |
| **Sous-total Santé physique** | **50 866 000 $** | **11 383 126 $** | **13 691 817 $** | **12 890 197 $** | **4 326 824 $** | **42 291 964 $** |
| **PERSONNES ÂGÉES** | | | | | | |
| 3.2.1 Rehaussement de 2 326 lits en CHSLD à 2,5 h/s/j. | 18 400 000 $ | | | | | |
| 3.2.3 Augmentation du taux de réponse | 28 600 000 $ | | 6 500 000 $ | 832 450 $ | 2 171 151 $ | 9 503 601 $ |
| 3.2.7 Augmentation des services à domicile en CLSC | 22 500 000 $ | 8 561 530 $ | 5 117 511 $ | 3 158 536 $ (3) | 2 267 482 $ | 19 105 059 $ |
| Info-Santé | 1 000 000 $ | 1 120 725 $ | | | | 1 120 725 $ |
| 3.2.9 Mise en place d'un centre de jour | | | | | | |
| 3.2.10 Augmentation des services d'hébergement temporaire | | | | | | |
| 3.2.13 Ajout de 400 places d'hébergement non institutionnel | | | | | | |
| **Sous-total Personnes âgées** | **70 500 000 $** | **9 682 255 $** | **11 617 511 $** | **3 990 986 $** | **4 438 633 $** | **29 729 385 $** |
| **PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE** | | | | | | |
| 3.3.2 Services de RFI à domicile (développement CLSC) | 1 700 000 $ | | | 148 456 $ | | 148 456 $ |
| 3.3.4 Augmentation 5,6 M$ sur 3 ans aux budgets POSILTH des 29 CLSC | 5 600 000 $ | 2 260 472 $ | 397 953 $ | 466 974 $ (3) | | 3 125 399 $ |
| 3.3.5 Augmentation 1 M$ aux CLSC pour le programme de soutien aux familles | 1 000 000 $ | 1 000 000 $ | | | | 1 000 000 $ |

| | Développements récurrents requis pour plan 1998-2002 | Développements récurrents obtenus 1998-1999 | Développements récurrents obtenus 1999-2000 | Développements récurrents obtenus 2000-2001 | Développements récurrents obtenus 2001-2002 | Total développements récurrents obtenus 1998-2002 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3.3.7 Consolider la réadaptation axée sur l'intégration sociale (implants cochléaires et déficience langage-parole) * | 9 139 450 $ | | | 687 000 $ (4) | 120 000 $ | 807 000 $ |
| **Sous-total Déficience physique** | **17 439 450 $** | **3 260 472 $** | **397 953 $** | **1 302 430 $** | **120 000 $** | **5 080 855 $** |
| **DÉFICIENCE INTELLECTUELLE** | | | | | | |
| 3.5.1 Injecter 12 M$ | | | | | | |
| A) Résidentiel | 5 800 000 $ | | | | | |
| B) Socioprofessionnel | 3 000 000 $ | | | | | |
| C) Service d'adaptation et de soutien à la personnne à la famille et aux proches (CR) | | | | | | |
| **Sous-total des programmes en CRDI (A+B+C)** | **8 800 000 $** | | | **2 400 000 $** | **1 500 000 $ (5)** | **3 900 000 $** |
| D) Soutien à la famille (CLSC) | 2 300 000 $ | 332 063 $ | 156 378 $ | 116 003 $ (3) | | 604 444 $ |
| E) Troubles envahissants du développement (autisme) | 900 000 $ | | | 1 256 586 $ | | 1 256 586 $ |
| **Sous-total Déficience intellectuelle** | **12 000 000 $** | **332 063 $** | **156 378 $** | **3 772 589 $** | **1 500 000 $** | **5 761 030 $** |
| **ADAPTATION SOCIALE **** | | | | | | |
| 3.6.3.1 Se donner un plan régional d'action intersectoriel en alcoolisme et toxico. Ile de Mtl. | 3 673 500 $ | | 1 050 000 $ | 935 000 $ | 455 000 $ | 2 440 000 $ |
| A) Méthadone | 1 300 000 $ | | 1 200 000 $ | | | 1 200 000 $ |
| 3.6.1.1 Projet jeunesse Montréalais | | 133 333 $ | | | | 133 333 $ |
| 3.6.4.1 Défi de l'accès pour les jeunes de la rue | | | 930 000 $ | 131 000 $ | 126 000 $ | 1 187 000 $ |
| **Sous-total Adaptation sociale** | **4 973 500 $** | **133 333 $** | **3 180 000 $** | **1 066 000 $** | **581 000 $** | **4 960 333 $** |
| **CLSC** | | | | | | |
| Autres | | 600 000 $ (6) | 399 715 $ (7) | 1 124 958 $ (8) | 2 869 949 $ (9) | 4 994 622 $ |
| **Sous-total CLSC** | | **600 000 $** | **399 715 $** | **1 124 958 $** | **2 869 949 $** | **4 994 622 $** |
| **GRAND TOTAL** | **155 778 950 $** | **25 391 249 $** | **29 443 374 $** | **24 147 160 $** | **13 836 406 $** | **92 818 189 $** |

* Le budget de 9 139 450 $ dans les développements requis pour le plan 1998-2002 n'a pas été demandé lors de l'élaboration initiale du plan. Il fut ajouté la deuxième année, après la réalisation des bilans de services : 1 899 200 $ pour les services de réadaptation axés sur l'intégration sociale aux CR Lucie Bruneau, Constance Lethbridge et Institut de Réadaptation de Montréal et 7 240 250$ pour l'ensemble des services aux personnes ayant une déficience physique, à l'exception des services RFI et déficience motrice pédiatrique en cours de réalisation.

** La Régie régionale a obtenu un budget sur une base déboursée de 990 000 $ et annualisée à 1 188 000 $ en 2000-2001 pour le jeu pathologique. En 2001-2002, un budget sur une base déboursée de 309 824 $ et annualisé à 929 472 $ est ajouté. Ce financement provient d'un fond spécial (Loto-Québec) et doit être reconfirmé à chaque année. Il est préférable de ne pas traiter ce développement au même titre que les budgets récurrents recensés dans le présent tableau.

(1) Un montant de 1,2 M$ est ajouté au montant de 600 000 $ paru dans l'édition du rapport annuel de l'An 3.
(2) Une correction est apportée au montant antérieur de 250 000 $ .
(3) Ventilation des autres budgets en CLSC après l'édition du rapport annuel de l'An 3.
(4) Une correction est apportée au montant antérieur de 250 000 $.
(5) En déficience intellectuelle, un développement non-récurrent de 2 101 130 $ obtenu en 2001-2002 deviendra probablement récurrent en 2002-2003.
(6) En CLSC, pour 1998-1999, 600 000 $ de développement a été alloué à l'équité.
(7) En CLSC, pour 1999-2000, 399 715 $ de développement a été alloué à la location.
(8) En CLSC, en 2000-2001, le budget de 1 124 958 $ est alloué aux programmes santé mentale (333 727 $), enfance famille (317 350 $), services à la cour (403 881 $) et services sociaux courants (70 000 $).
(9) En CLSC, en 2001-2002, le budget de 2 869 949 $ est alloué au programme jeunesse.

l'augmentation de la demande et de l'indication clinique de procéder aux interventions ainsi que le manque de disponibilité de ressources humaines. Dans ce contexte, l'urgence d'intervenir en fonction de la condition d'un patient peut avoir un impact sur le délai d'accès à d'autres chirurgies.;

- En radio-oncologie, on traite plus de patients dans la région et hors région, mais le nombre de patients prêts à recevoir leur traitement et qui les attendent toujours augmente pour les personnes atteintes d'un cancer à la prostate. Pour le cancer du sein et autres sites, la situation s'améliore;
- L'objectif visé de 6,8 jours pour la durée moyenne de séjour (DMS) pour les soins physiques de courte durée apparaît difficile à réaliser. La DMS pour les soins psychiatriques demeure stable depuis quatre ans;
- La situation continue d'être difficile en salles d'urgence : la pression est croissante à cause notamment d'une clientèle plus âgée davantage susceptible d'être hospitalisée. Les séjours moyens sur civière dépassent les objectifs ciblés par le Ministère;
- Le taux d'admission en hébergement a baissé par rapport à 1997-1998, mais demeure relativement stable.

**L'impact sur la santé**

- Le taux de létalité des patients hospitalisés pour un infarctus du myocarde a diminué au point d'atteindre un seuil statistiquement significatif pour les deux dernières années d'observation;
- On observe une diminution significative pour des conditions médicales pour lesquelles des admissions peuvent être évitées;
- Pour les quatre exercices financiers suivant la période de référence (1997-1998), les taux de réadmission sont légèrement plus élevés pour l'infarctus du myocarde;
- Les patients ayant souffert d'une fracture de la hanche présentent un taux de létalité légèrement plus élevé lors des trois dernières années d'observation;
- Les taux d'admission évitable pour l'appendice rompu augmentent de façon notable.

**Le point de vue des usagers**

- De façon globale, la satisfaction de la population à l'égard des services marque une tendance à la baisse, mais la proportion de la population qui se dit très satisfaite demeure supérieure au taux

enregistré en 1995;

- En 2000-2001, le pourcentage de plaintes relatif à la compétence du personnel, à l'accessibilité, à la continuité et à la facilité d'accès aux services baisse par rapport à 1997-1998;
- En 2000-2001, le pourcentage de plaintes reliées à la rapidité d'accès aux services a fait un bond de 5 %.

**Les grands chantiers en ressources humaines**

- Le nombre d'offres d'emploi au niveau de l'encadrement continue d'augmenter, notamment au sein des soins infirmiers;
- Les programmes des cadres en stabilité semblent avoir donné des résultats, car on observe une diminution du nombre de cadres toujours en attente d'un emploi;
- La situation pour certaines catégories d'emploi demeure préoccupante.

**La modernisation des services et l'équilibre de la situation financière**

- La situation financière du réseau s'est améliorée, mais quelques établissements ont toujours des difficultés. Le respect de la loi est un défi auquel le réseau est confronté.

## L'INFORMATION À LA POPULATION

Une des conditions de succès du Plan d'amélioration des services 1998-2002 Le Défi de l'accès est la qualité, la fiabilité et la pertinence de l'information transmise à la population, à la clientèle desservie par la Régie régionale, mais aussi aux acteurs et aux partenaires du réseau montréalais de la santé.

Si l'on veut faire participer activement les Montréalais à la prise en charge de leur santé et de leur bien-être et ainsi favoriser leur collaboration aux changements, il est nécessaire de rendre disponible, de façon régulière, continue et à proximité, une information personnalisée : au téléphone, à domicile, dans le quartier, dans les points de services, dans les médias et à travers les contacts avec les personnes qui rendent les services.

Depuis 1998, la Régie régionale a maintenu le cap sur l'accès à des services de qualité. Elle en a fait son principal objectif de communication pour les quatre années du Défi de l'accès.

### Les objectifs en matière d'information

De façon plus spécifique, les objectifs de communication de la Régie régionale sont les suivants :

- Faciliter l'accès au réseau de services au bon moment, au bon endroit et pour le bon service;
- Rendre accessible aux personnes œuvrant dans le réseau toute l'information pertinente pour faciliter l'accomplissement de leur rôle;
- Outiller la population pour accroître sa capacité de s'occuper, de façon autonome et active, de sa santé et de son bien-être, de collaborer aux services qu'elle utilise et de faire valoir ses droits;
- Clarifier et faire connaître les engagements du réseau quant à la réponse aux attentes des usagers, au respect de leurs droits et aux standards de performance auxquels ils peuvent s'attendre quant à l'accès aux services;
- Faire connaître les résultats obtenus et le degré d'atteinte des objectifs de la Régie régionale au plan de la qualité des services en rendant accessibles des indicateurs fiables;
- Rassurer la population quant à l'accessibilité et à la qualité des services, en lui fournissant des outils de référence objectifs, fiables et récurrents;
- Améliorer la performance du réseau quant aux services d'accueil, d'information et de prise de rendez-vous.

### Un défi de communication

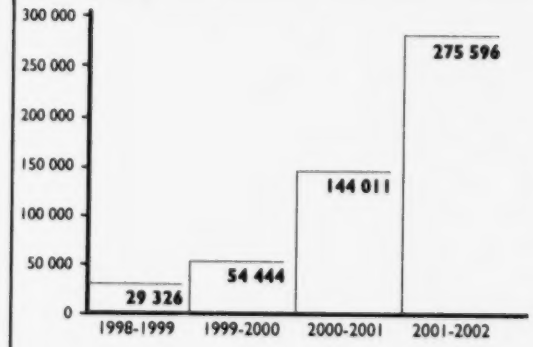
Aussi, la Régie régionale est d'avis que le Défi de l'accès en est également un de communication. Elle utilise donc tous les moyens disponibles pour démontrer l'accessibilité de la santé par une information utile et pratique. Informer non seulement pour informer, mais aussi pour outiller et rassurer. Car plus on connaît, plus on possède la connaissance et les outils pour agir dans le réseau et accéder à la santé, moins on se sent vulnérable et inquiet. Pour informer adéquatement la population, la Régie régionale doit mettre en œuvre, pour chacune des années de son plan régional, un plan de communication général et des plans de communication spécifiques bien intégrés. Au cours des dernières années, elle a également développé des outils d'information variés et utilisé différents moyens pour diffuser l'information pertinente à la population montréalaise.

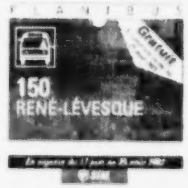
### Les réalisations

Au cours de la dernière année, les principales réalisations de la Régie régionale en matière d'information directe à la population sont les suivantes :

- **Direction Santé** est une brochure d'information publiée en 29 versions différentes, une par territoire de CLSC. Distribuée dans tous les foyers de l'Île de Montréal, elle a pour but d'informer la population sur les services de santé et les services sociaux de première ligne, sur le service Info santé CLSC, sur les ressources utiles dans le quartier et sur les services médicaux sans rendez-vous à proximité du domicile des gens.
- **www.santemontreal.qc.ca** Après trois années de diffusion, le site Internet de la Régie régionale a fait peau neuve et a adopté un « virage population » à l'automne 2001. Rajeuni, renouvelé et plus interactif, le nouveau site supporte les projets d'information reliés aux grands enjeux régionaux, aux améliorations apportées aux services du réseau montréalais de la santé et à l'information utile en matière de santé à Montréal.
- **Cartes STM et Planibus** est un partenariat avec la Société de transport de Montréal qui fait de la Régie régionale le commanditaire principal des cartes murales, des cartes de trajet du métro et des planibus, sur lesquels on retrouve la localisation des 29 CLSC et des 17 hôpitaux avec urgences à Montréal.
- **Modification à la gouverne**. Un dossier important lors de la dernière année fut l'adoption du projet de loi 28 qui apporte des modifications importantes à la Loi sur la santé et des

**Tableau 23** **Site Internet - Nombre de sessions**



services sociaux. La Régie régionale a diffusé l'information pertinente via son site Internet des changements que ce projet de loi amène : la création de deux nouvelles commissions (Commission infirmière régionale et Commission multidisciplinaire régionale), la mise sur pied du Forum de la population, la nomination du président-directeur général de la Régie régionale, la nomination des nouveaux membres du conseil d'administration de la Régie régionale et aussi, la constitution des nouveaux conseils d'administration des établissements.

- Selon les dossiers et l'actualité, l'information à la population passe également par les relations de presse, les rencontres avec des éditorialistes et les activités de relations publiques qui sont réalisées tout au long de l'année et qui constituent un canal puissant de diffusion de l'information à un très vaste public.
- Que ce soit dans les quotidiens ou par le biais de la trentaine d'hebdos locaux sur l'île de Montréal, la Régie régionale a eu recours à la publicité dans les médias écrits et à la radio afin de transmettre des messages ciblés d'intérêt public. Ce fut le cas, notamment, pour renseigner les Montréalais sur les services médicaux en cliniques et en CLSC, accessibles pendant la période des Fêtes en 2001.

## Les 12 mesures centrales : résultats après quatre ans


**Continuum de services en santé physique ..... 40**
Interventions de promotion et de prévention ..... 40
La lutte au cancer du sein ..... 40
Autres priorités de santé et de bien-être ..... 41
Mesure 1 - Améliorer l'accès aux soins et services médicaux de première ligne ..... 42
Mesure 2 – Régler de façon permanente l'engorgement des salles d'urgence ..... 45
Mesure 3 – Améliorer l'accès aux soins et services ultraspécialisés ..... 48
Mesure 4 – Améliorer l'accès aux services de prélèvements et aux analyses de laboratoire ..... 52

**Continuum de services aux personnes âgées ..... 55**
Mesure 5 – Améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie ..... 55

**Continuum de services aux personnes ayant une déficience physique ..... 60**
Mesure 6 – Améliorer l'accès aux services externes de réadaptation fonctionnelle intensive ..... 60
Mesure 7 – Améliorer l'accès aux services de maintien dans la communauté ..... 61

**Continuum de services en santé mentale ..... 63**
Mesure 8 – Améliorer l'accès aux services de base et aux services dans la communauté ..... 63

**Continuum de services aux personnes ayant une déficience intellectuelle ..... 68**
Mesure 9 – Desservir l'ensemble des personnes en attente de services ..... 68

**Continuum de services d'adaptation sociale ..... 72**
Des priorités régionales de santé et de bien-être ..... 72
Des solutions d'avenir face à la violence faite aux femmes ..... 74
Mesure 10 – Développer un projet jeunesse partagé et mobilisateur ..... 78
Mesure 11 – Alcoolisme/toxicomanie : se donner un plan régional d'action intersectoriel ..... 80
Les personnes itinérantes ..... 83
Le logement social ..... 84
Les services pour les joueurs pathologiques ..... 84
Les services en sida ..... 84

**Pour l'ensemble des continuums : une mesure commune ..... 86**
Mesure 12 – Intégrer des mesures efficaces de prévention et de promotion au sein de chacun des continuums de services ..... 86

## CONTINUUM DE SERVICES EN SANTÉ PHYSIQUE

### Interventions de promotion et de prévention

En santé physique, les programmes de prévention et de promotion de la santé contribuent de plus en plus à l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes. Le programme régional pour personnes souffrant d'insuffisance pulmonaire chronique, les centres d'enseignement sur l'asthme et les campagnes de vaccination en sont des exemples.

### La lutte au cancer du sein

La lutte contre le cancer du sein constitue l'une des quatre priorités régionales de santé et de bien-être auxquelles la Régie régionale a choisi d'accorder une attention particulière. Au 31 mars 2002, les Centres de dépistage désignés (CDD) sont répartis dans 14 cliniques privées. L'implantation des cinq Centres de référence pour investigation désignés (CRID) a été complétée en mai 2001. Ces centres seront désignés officiellement au cours de l'année 2002-2003.

De janvier 2000 à décembre 2001, 2,2 % des femmes de 50 à 69 ans visées à Montréal-Centre (plus de 200 000) ont passé une mammographie dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS), ce qui constitue un des taux de participation les plus bas au Québec. Pour la période précédente s'échelonnant de janvier 1999 à décembre 2000, ce taux de participation était de 32,9 % alors que le taux de couverture à la mammographie estimée par la RAMQ était de l'ordre de 59,7 %. Cela indique qu'une importante proportion des femmes visées continuent à passer des mammographies en dehors du programme. Une étude est prévue en 2002-2003 afin de connaître les motifs de non participation au programme.

En matière d'information sur la prévention et le dépistage du cancer du sein, de nouvelles stratégies furent initiées afin de mieux rejoindre les femmes. La communication constitue un outil important dans l'atteinte des objectifs.

Au chapitre de l'accessibilité aux services, des 677 personnes inscrites sur la liste d'attente en radio-oncologie au 31 mars 2002, 30 % sont atteintes d'un cancer du sein. Des mesures de temps supplémentaires ont permis de réduire sensiblement la liste d'attente. La contrainte la plus importante à ce niveau demeure la disponibilité du personnel, notamment les technologues, les physiciens ou les radio-oncologues.

## Autres priorités de santé et de bien-être

Outre les priorités régionales de santé et de bien-être, le Défi de l'accès a aussi pris en compte les priorités nationales (les maladies évitables par l'immunisation, le VIH-Sida et les maladies transmissibles sexuellement), le tabagisme, les traumatismes non intentionnels et intentionnels, l'alcoolisme et les toxicomanies). Suit ici un bref bilan de quelques programmes relatifs à ces priorités.

### Tabagisme

Le tabagisme cause chaque année au Québec plus de 12 000 décès. Pour en réduire les conséquences, la Direction de la santé publique surveille régionalement l'usage du tabac et mène des projets pour prévenir le tabagisme, favoriser la cessation et implanter la Loi sur le tabac. Outre la poursuite de projets et activités en cours depuis quelques années, l'équipe de réduction du tabagisme a réalisé en 2001-2002 un inventaire des services en matière d'abandon du tabac sur le territoire ainsi que des consultations en vue d'améliorer l'organisation de ces services.

### Santé cardio-vasculaire

Parmi les principales réalisations touchant la santé cardio-vasculaire ayant débuté en 2000, deux rapports sur l'épidémiologie de l'insuffisance cardiaque à Montréal ont été produits : l'un documentant la situation à Montréal-Centre et l'autre, la provenance de la clientèle. Également, deux études sur l'organisation des soins et services offerts aux patients insuffisants cardiaques dont une sur les établissements de soins généraux et spécialisés et une autre sur les services de première ligne dans le sud-ouest de Montréal ont été également réalisées. De plus, des sessions de formation médicale et professionnelle continue ont été développées ainsi qu'un outil d'éducation destiné au patient insuffisant cardiaque : *L'insuffisance cardiaque, j'ai du cœur et j'y tiens.*

### Santé environnementale et santé au travail

Les principaux thèmes des études et recherches réalisées en santé environnementale ont touché les conditions de logement en lien avec la santé, l'exposition des résidents à la fumée de combustion de bois, la surveillance de l'asthme pédiatrique, un protocole d'intervention lors d'actes terroristes, un plan d'action en matière de développement durable et les infections nosocomiales environnementales.

Les services de santé au travail sont déployés dans les 6 000 entreprises de l'île de Montréal. En plus du maintien des programmes de santé spécifiques en établissement comme celui de l'évaluation des

conditions de travail de plus de 7000 travailleuses enceintes ou qui allaitent, certains programmes spécifiques par secteurs industriels ont été développés. De plus, une vaste campagne de prévention a été réalisée dans le cadre de la prévention de l'hépatite B et du tétanos auprès des policiers et agents correctionnels. Des stratégies sectorielles d'intervention visant à réduire les troubles musculo-squelettiques ont été développées dans les secteurs de la boulangerie et de l'hôtellerie. En matière de prévention de la violence en milieu de travail, un soutien a été apporté au niveau du diagnostic organisationnel et de la recherche de solutions.

## MESURE 1

### Améliorer l'accès aux soins et services médicaux de première ligne en santé physique et en santé mentale

#### Objectif spécifique

Créer un réseau intégré de services médicaux de première ligne qui devra assurer à toute la population du territoire l'organisation et la prestation continue d'une gamme complète de soins et de services de santé de courte et longue durée : services de prévention, de diagnostic, de traitement, de réadaptation, de réinsertion sociale, de soins palliatifs et de santé mentale.

#### Actions réalisées en 2001-2002

- **Le Département régional de médecine générale (DRMG)**

  Au cours de l'année 2001-2002, le DRMG a amorcé les travaux nécessaires à la mise sur pied d'un réseau intégré de services médicaux de première ligne. En vue de l'implantation des Groupes de médecine familiale (GMF), le DRMG a collaboré à la désignation des regroupements de médecins intéressés à devenir des futurs GMF. Le comité de direction du DRMG a par ailleurs élaboré et proposé un modèle montréalais de GMF. Il a collaboré à la gestion administrative des deux regroupements de Montréal retenus pour devenir éventuellement des Groupes de médecine familiale, soit les GMF de Verdun et du Faubourg. Avec les autres partenaires du réseau de santé, particulièrement les CLSC et les médecins pratiquant dans des

**Tableau 24 Les 6 comités du DRMG**

1. Sous-comité administratif
2. Sous-comité Plan régional des effectifs médicaux et activités médicales particulières (PREM-AMP)
3. Sous-comité Plan régional d'organisation des services (PROS)-réseau intégré-garde en disponibilité
4. Comité de l'implantation
5. Comité de la réglementation
6. Comité de la formation médicale continue

cliniques, le DRMG a participé aux discussions visant à rendre fonctionnels les GMF le plus rapidement possible.

Une autre composante du réseau intégré de services médicaux de première ligne qui a fait l'objet de nombreux travaux est le projet de création d'un réseau d'accessibilité aux services médicaux généraux aux heures actuellement moins bien desservies par la mise sur pied d'une quarantaine de cliniques dites « pivots » sur le territoire montréalais. Cette autre composante du réseau offrirait à la population une accessibilité accrue à des services médicaux au bon moment, au bon endroit et par le bon médecin, sans rendez-vous, de 9 h à 21 h, 365 jours par année, tout en permettant l'accès à des consultations médicales avec rendez-vous pour assurer la prise en charge des patients.

Le DRMG a aussi travaillé à la réorganisation des services médicaux en maintien à domicile par la mise sur pied d'un projet de garde infirmière et médicale associée aux centrales Info-Santé 24/7 des CLSC pour des clientèles vulnérables prioritaires (soins palliatifs, maladies pulmonaires obstructives chroniques, insuffisance cardiaque, condition médicale aiguë ou chronique qui engendre une perte d'autonomie permanente ou temporaire). Les territoires des CLSC des centrales Info-Santé Métro et du Vieux La Chine seront les premiers à bénéficier de ces services. En santé mentale et en pédiatrie, la mise sur pied d'un modèle de soins partagés favorisant la coopération entre médecins spécialistes et médecins généralistes a été amorcée.

Par ailleurs, le DRMG a réfléchi sur la nécessaire contribution et continuation dans la dispensation de services médicaux de première ligne des autres composantes du réseau intégré que sont les CLSC, les cabinets et cliniques médicales, et les unités de médecine familiale. Le réseau de services médicaux de première ligne permettrait de mieux coordonner l'effort de la communauté médicale pour prendre en charge les clientèles vulnérables, comme des patients fragilisés qui n'ont pas de médecin de famille et qui séjournent régulièrement dans les salles d'urgences. De plus, un réseau bien structuré permettrait de créer de véritables interfaces entre la première ligne et les deuxième et troisième lignes.

### ■ Le service Info-Santé CLSC

Avec 559 261 appels reçus au cours de la période 2001-2002, le nombre d'appels reçus annuellement semble avoir atteint un plateau. Le service reçoit environ 1 532 appels par jour, soit un à chaque minute en moyenne.

**Tableau 25** **Info-Santé CLSC - Volume d'appels**

| Année | Nombre d'appels |
|---|---|
| 1995-1996 | 440 304 |
| 1996-1997 | 504 362 |
| 1997-1998 | 551 443 |
| 1998-1999 | 552 219 |
| 1999-2000 | 532 478 |
| 2000-2001 | 534 853 |
| 2001-2002 | 559 261 |

Le taux de notoriété et d'utilisation était inférieur à la moyenne du Québec en 1998 et beaucoup moindre que les taux observés dans la région de Québec où il y a un numéro unique alors qu'à Montréal, il s'agit d'un service décentralisé dans les 29 CLSC qui ont chacun un numéro de téléphone distinct.

La difficulté de recrutement du personnel infirmier demeure une préoccupation constante. Certaines centrales ont procédé à des aménagements d'horaire pour augmenter l'attrait et favoriser la rétention. Malgré ces difficultés, les centrales Info-Santé CLSC offrent un potentiel important pour supporter la continuité des services, la nuit et la fin de semaine, de même que les projets de garde en disponibilité.

**Tableau 26** **Info-Santé CLSC - Notoriété et taux d'utilisation**

| | 1998 | | | 2002 |
|---|---|---|---|---|
| | Ensemble du Québec | Québec | Montréal | Montréal |
| Notoriété | 74,6 % | 85,8 % | 70,0 % | 72,6 % |
| Taux d'utilisation | 23,2 % | 27,8 % | 20,5 % | 22,9 % |

- **Les services de première ligne en santé mentale**

Les principales activités réalisées ont consisté à dégager un modèle d'attribution du budget de développement aux CLSC et à attribuer les sommes consenties au cours de l'exercice 2000-2001 (3 M$). La clientèle visée, soit 21 489 usagers, comprend les personnes présentant des problèmes de santé mentale sévères et persistants et celles dont la santé mentale est menacée. Des travaux menant à la réalisation d'un cadre de référence santé mentale/CLSC sont actuellement en cours.

- **La garde médicale en disponibilité**

Au cours de l'année 2001-2002, conformément aux dispositions de l'entente visant la rémunération des médecins assurant la garde en disponibilité auprès de certains établissements et au plan d'organisation de ces services sur le territoire de la Régie régionale, 93 installations ou centres d'hébergement et de soins de longue durée, dotés de plus de 13 500 lits, ont assuré une telle couverture. Cinq CLSC ont assuré de tels services pour les patients en perte d'autonomie au sein de leur programme en maintien à domicile. Cinq autres CLSC ont coordonné leurs efforts pour fournir, moyennant certains critères, une telle garde à leur clientèle en soins palliatifs. En réadaptation physique, quatre établissements ont adhéré à cette entente. Ces chiffres sont comparables à ceux de l'année précédente. Enfin, soulignons que la mise en œuvre d'une garde médicale en disponibilité régionale pour la clientèle en perte d'autonomie est en cours sur les territoires des CLSC Métro et du Vieux La Chine. L'échéancier prévu est juillet 2002.

### ■ Les services posthospitaliers et postopératoires à domicile

Les CLSC ont desservi 20 019 personnes à domicile pour des services suite à une hospitalisation en 2000-2001 (les chiffres couvrant l'exercice 2001-2002 n'étaient pas disponibles au moment de la publication du présent rapport).

Les principales clientèles desservies l'ont été pour les motifs suivants : 6 343 pour un suivi post-hospitalisation, 11 482 pour un suivi en phase postopératoire et 5 758 pour des services en phase préterminale et terminale. Le nombre d'usagers par profil de suivi n'est pas cumulatif dans la mesure où un usager peut avoir reçu des services à l'intérieur de plus d'un profil au cours de l'année.

En collaboration avec ses partenaires des CLSC, des centres hospitaliers et du milieu médical, la Régie régionale a poursuivi ses travaux en regard des services en périnatalité en vue du déploiement du cadre de référence.

## MESURE 2

### Régler de façon permanente l'engorgement des salles d'urgence

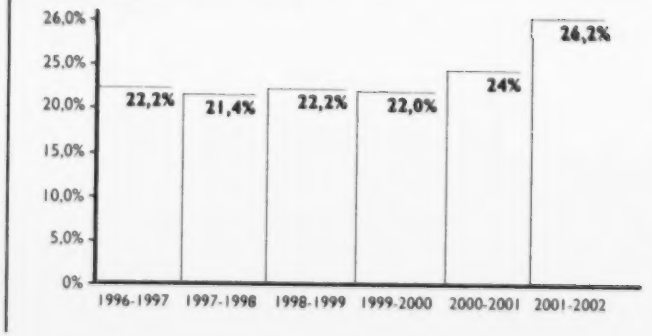
#### Objectif spécifique

L'objectif de la Régie régionale consiste à éliminer tout séjour de plus de 24 heures. Dans cette optique, il lui faut s'assurer que toutes les urgences de l'île de Montréal atteignent les normes et standards établis par le comité d'experts du Centre de coordination nationale des urgences.

### ■ Les séjours de plus de 24 heures

Plus d'un patient sur quatre, en moyenne, a séjourné plus de 24 heures à l'urgence d'un hôpital au cours de l'année 2001-2002. Après une stabilisation du niveau de 24 heures à 22 % pour les années 1996 à 2000, nous observons depuis une détérioration de la situation, ce taux étant passé à 26,2 % pour l'année 2001-2002.

**Graphique 1** **Santé physique - Séjours de plus de 24 heures**

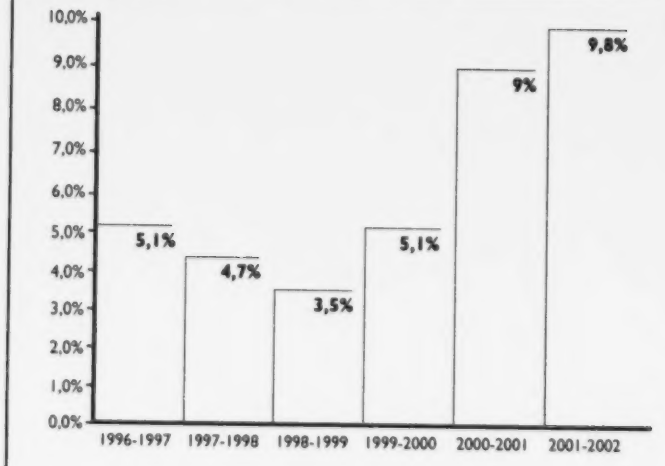


■ **Les séjours de plus de 48 heures**

Au chapitre des 48 heures et plus, nous assistons à une détérioration marquée. Nous sommes passés de 5,1 %, qui était le niveau des années 1996-1997 et 1999-2000, à 9,8 % pour l'année 2001-2002.

L'Hôpital St. Mary et l'Hôpital Général Juif ont maintenu un pourcentage inférieur à 3 %. Nous constatons également une diminution du pourcentage de séjour de plus de 48 heures pour l'année 2001-2002 par rapport à l'année précédente notamment pour 4 des 17 salles d'urgence de la région. Notons que 7 centres ont un pourcentage inférieur à 8 %, 7 oscillent entre 10 et 15 % et 2 sont supérieurs à 15 %, soit les centres hospitaliers Santa Cabrini et Notre-Dame.

**Graphique 2** **Santé physique - Séjours de plus de 48 heures**




**Actions réalisées en 2001-2002**

Les alternatives à l'urgence, le bon fonctionnement de la salle d'urgence, la performance de l'hôpital et le suivi après un séjour à l'urgence sont autant de mesures prévues au plan d'amélioration. Les mesures suivantes ont fait l'objet d'une attention particulière.

Afin de faire face aux situations d'engorgement chronique des urgences, plusieurs mesures ont été maintenues durant toute l'année pour un total de 24,8 M$.

- Achat de 253 places d'hébergement transitoires et temporaires en CHSLD;
- Ouverture de 115 lits de soins subaigus dans les centres hospitaliers de réadaptation;
- Financement de 14 lits de courte durée au centre hospitalier Fleury;
- Soutien au Service régional de soins à domicile pour malades pulmonaires chroniques (SRSAD).

■ **Gestion de la période estivale 2001**

Compte tenu de la fermeture de 1 200 lits de courte durée dans la région durant la période estivale de l'année 2001, la Régie régionale a ajouté 40 lits supplémentaires de soins subaigus pour une période de 73 jours dans deux centres hospitaliers de réadaptation.

■ **Gestion de la période hivernale 2002**

Durant la période hivernale, en plus des mesures déjà en place, le programme de vaccination contre la grippe a été reconduit cette année.

**Tableau 27** **Mesures de désengorgement des urgences**

| Catégorie | Nombre lits/places | $ |
|---|---|---|
| **Lits en CH** | | |
| - Subaigus | 115 | 10 711 250 |
| - Courte durée | 14 | 3 176 560 |
| **Lits en CHSLD** | 253 | 8 858 045 |
| Autres mesures | | |
| Accessibilité aux plateaux techniques | | 40 495 |
| SRSAD | | 1 559 015 |
| Hébergement temporaire | | 202 000 |
| Modalités d'articulation-antibiothérapie intra-veineuse | | 27 492 |
| Coordination Régie régionale | | 130 000 |
| Vaccination | | 81 450 |
| **Total** | | **24 786 307** |

## ■ Priorités régionales

Le plan d'action 2001-2002 de la Régie régionale de Montréal-Centre a visé le désengorgement et l'amélioration du fonctionnement des salles d'urgence de la région.

Les principales cibles de travail sont entre autres l'implantation du Guide de gestion de l'unité d'urgence du Ministère dans tous les centres hospitaliers de la région. Dans cette perspective, les plans d'action de chaque centre hospitalier en regard au Guide de gestion ont été déposés cette année. Un tableau de bord régional plus représentatif de la situation des salles d'urgence, la réorganisation du travail professionnel en centres hospitaliers pour pallier la pénurie de personnel ainsi que la priorisation des demandes de mise aux normes des locaux des salles d'urgence des hôpitaux ont été élaborés.

Par ailleurs, une révision des quotes-parts d'ambulances pour chaque centre hospitalier a été effectuée. Un comité régional aviseur sur la gestion des salles d'urgence relevant du directeur général de la Régie régionale et rattaché à la direction des affaires médicales a été mis sur pied. Son mandat est de donner son avis sur l'organisation des soins et services des salles d'urgence et de faire des recommandations sur des solutions afin d'amoindrir les problématiques reliées aux urgences.

## ■ Maintien de l'accessibilité aux lits d'hospitalisation

Notre intention de maintenir 6 062 lits de courte durée n'a pu se réaliser principalement à cause de la pénurie d'infirmières et des problèmes budgétaires des établissements. Nous observons que près de 830 lits ont été fermés en 2001-2002 pour une durée indéterminée par les hôpitaux, ce qui a entraîné une baisse marquée de lits disponibles. Cette baisse est plus prononcée dans les deux centres hospitaliers universitaires qui regroupent près de 70 % des lits fermés.

Cette situation a une conséquence certaine sur l'encombrement des salles d'urgence et sur la progression des listes d'attente. La Régie régionale a fait de la réouverture de ces lits l'une de ses priorités d'action.

## ■ Pertinence des admissions et des séjours hospitaliers

Le centre hospitalier Fleury, les hôpitaux Maisonneuve-Rosemont, du Lakeshore et Jean-Talon ont acquis une licence d'utilisation en vue de l'implantation d'un outil d'évaluation de la pertinence

des hospitalisations et des séjours. La formation à l'utilisation de l'outil dans leur milieu a eu lieu à l'automne 2001. Un groupe d'utilisateurs a été mis en place afin de standardiser et de faciliter certaines activités reliées à l'évaluation de la pertinence des jours d'hospitalisation selon la condition du patient. Ce groupe d'utilisateurs a aidé à développer un logiciel pour compiler les résultats des évaluations et aider à leur interprétation en vue de trouver des solutions. Tous les centres hospitaliers devront mettre en place un système permettant de vérifier la pertinence de patients dans les unités de soins aigus.

- **Les centres ambulatoires**

Les travaux de construction du centre de services ambulatoires de l'Hôpital général du Lakeshore se sont poursuivis cette année et le centre pourra bientôt accueillir ses premiers patients. Le centre de services ambulatoires de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont a fait l'objet d'une annonce ministérielle en janvier 2002. La programmation des services de ce centre et de celui de l'Hôpital du Sacré-Coeur a été établie après de multiples consultations auprès des partenaires, incluant les CLSC. Les plans et devis de ces deux projets sont en voie de réalisation. Les travaux sur le réseautage des centres ambulatoires avec leurs partenaires de soins dans la communauté se sont poursuivis, permettant, entre autres, de statuer sur le choix des informations sur les clientèles à échanger entre le centre ambulatoire et leurs partenaires. Quant au CHUM et au CUSM, ils poursuivent leurs travaux sur la programmation clinique dans le cadre des projets de construction des futurs centres hospitaliers universitaires.

## MESURE 3

### Améliorer l'accès aux soins et services ultraspécialisés

**Objectif spécifique**

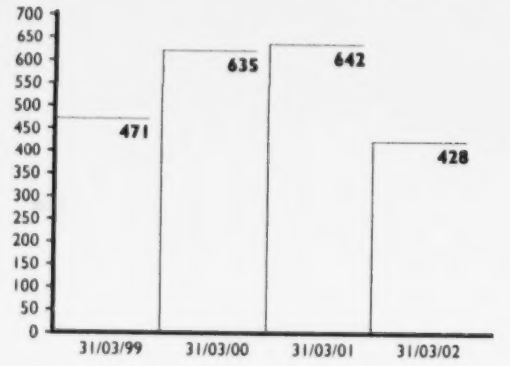
Réduire les listes d'attente et les délais d'attente dans des secteurs névralgiques tels que la chirurgie cardiaque, la neurologie, l'orthopédie, l'ophtalmologie et la radio-oncologie.

## Actions réalisées en 2001-2002

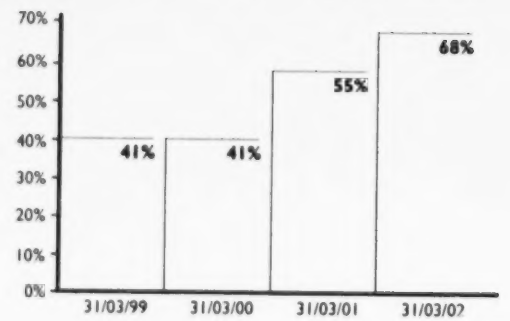
### ■ Chirurgie cardiaque

Pour la chirurgie cardiaque et la cardiologie tertiaire, la cible est aussi d'augmenter le nombre de personnes desservies et de diminuer les délais d'attente. La Régie s'était donné un objectif de 5 779 interventions au cours de l'année 2001-2002; au cours de cette période, le nombre de personnes ayant subi une chirurgie a été de 5 134, un gain de 251 chirurgies par rapport à 1998-1999. Durant cette même période, le nombre de patients en attente a été de 428 personnes; 68 % de la clientèle attend maintenant au moins un mois avant sa chirurgie. En cardiologie tertiaire, les centres hospitaliers ont installé 9 476 tuteurs et 313 défibrillateurs en 2001-2002.

**Graphique 3** **Chirurgie cardiaque adulte - Nombre de patients en attente**




**Graphique 4** **Chirurgie cardiaque adulte - Attente de plus d'un mois**



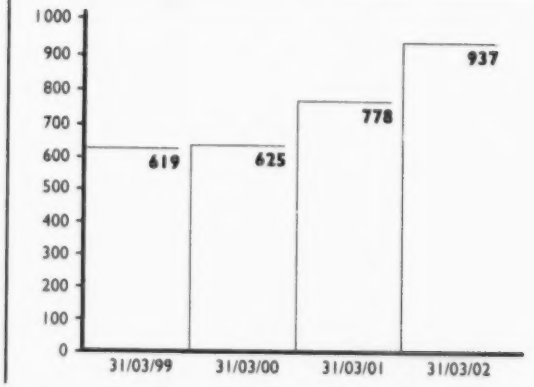
### ■ Chirurgie orthopédique – genou

Le nombre de personnes en attente d'implantation d'une prothèse totale du genou a augmenté de 20 % au cours de l'année 2001-2002. En effet, à la fin de mars 2002, 937 personnes attendaient une telle chirurgie, comparativement à 778 personnes en mars 2001. Parmi celles-ci, 42 % attendaient depuis six mois et plus. Un investissement de 568 320 $ a aidé à la réalisation de 1 030 interventions, ce qui représente 90 % de l'objectif fixé. Un certain nombre de centres hospitaliers ont atteint et même dépassé leur objectif.

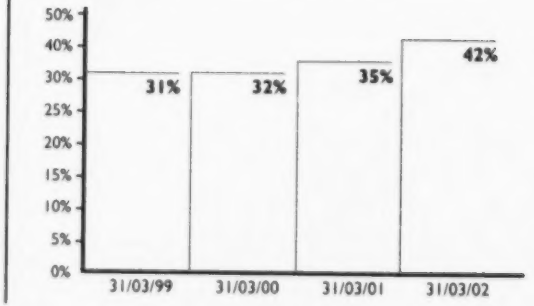
### ■ Chirurgie orthopédique – hanche

Le nombre de personnes en attente d'une chirurgie pour une prothèse totale de la hanche a atteint son plus haut niveau en mars 2002, alors que 745 personnes attendaient une telle chirurgie. De ce nombre, 38 % attendaient depuis six mois et plus. En investissant un montant additionnel de 1 161 561 $ pour ces remplacements articulaires, la Régie régionale a permis la réalisation de 105 chirurgies additionnelles pour un total de 1 362 opérations effectuées.

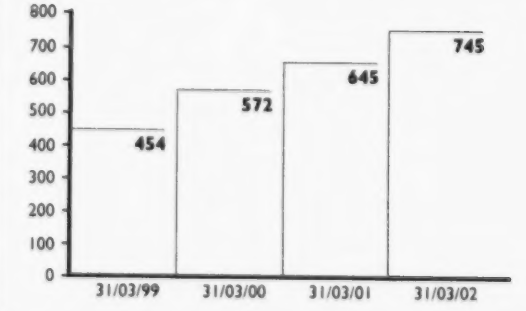
**Graphique 5** **Orthopédie - Genou**
**Nombre de patients en d'attente**




**Graphique 6** **Orthopédie - Genou**
**Attente de plus de six mois**




**Graphique 7** **Orthopédie - Hanche**
**Nombre de patients en attente**



## ■ Ophtalmologie – cataracte

La liste d'attente comprenait 6 507 personnes à la fin du mois de mars 2002, une diminution de 1 247 personnes depuis le mois de mars 2001. De ce nombre, 1 642 personnes ou 25 % attendaient depuis plus de six mois. L'investissement d'un montant de 1 722 979 $ a amené la réalisation de 4 029 chirurgies additionnelles pour un total de 20 521 interventions réalisées au cours de l'année. Ce nombre représente 1 882 chirurgies de plus que l'objectif fixé.

## ■ Radio-oncologie

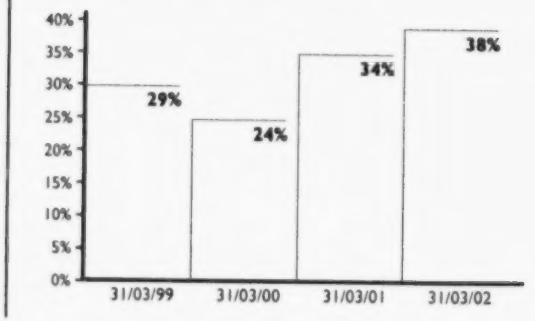
En mars 1999, il y avait 606 patients en attente de traitement en radio-oncologie dont 46 % pour un cancer du sein et 17 % pour un cancer de la prostate. Au 31 mars 2002, 677 personnes sont inscrites sur la liste d'attente, 30 % d'entre elles pour un cancer du sein et 26 % pour un cancer de la prostate.

Des mesures additionnelles de temps supplémentaires et le transfert de 978 personnes aux États-Unis ou à Trois-Rivières ont permis de diminuer les listes d'attente. La contrainte la plus importante actuellement pour l'accessibilité des services demeure la disponibilité du personnel, soit les technologues, physiciens et radio-oncologues.

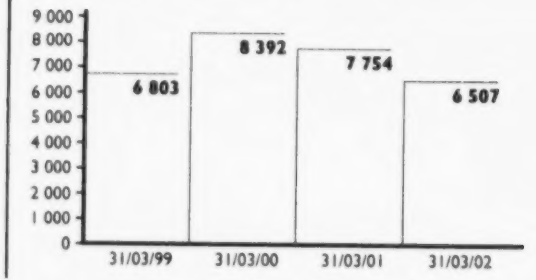
## ■ Neurochirurgie – Neurostimulateurs

Différents types d'appareils électroniques implantables viennent en aide à certaines clientèles. Des personnes épileptiques réfractaires au traitement médicamenteux peuvent bénéficier d'un neurostimulateur du nerf vague qui diminue le nombre de crises d'épilepsie. Ainsi, 21 personnes ont été traitées à l'aide de cet appareil au cours de l'année 2001-2002. D'autre part, le neurostimulateur intrarachidien ou la pompe intrathécale permettent le soulagement ou la diminution de certaines douleurs chroniques persistantes qui résistent à tout autre forme de traitement. La Régie régionale a supporté le financement de 69 de ces appareils intrarachidiens en 2001-2002 tout en investissant un montant de 1 254 900 $ pour soutenir ces chirurgies.

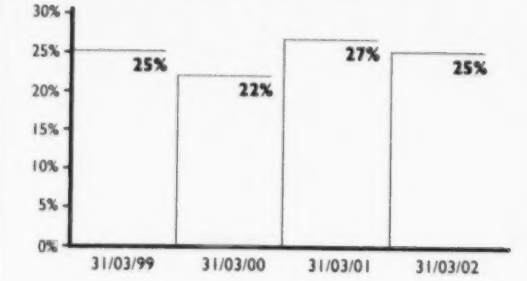
**Graphique 8** **Orthopédie - Hanche**
**Attente de plus de six mois**




**Graphique 9** **Ophtalmologie - Cataractes**
**Nombre de patients en attente**




**Graphique 10** **Ophtalmologie - Cataractes**
**Attente de plus de six mois**



**Objectif spécifique**

Développer un modèle régional de soins et services aux usagers en phase terminale

■ **Soins palliatifs**

À la suite de l'élaboration d'un portrait des services existants dans la région au cours de l'exercice 2000-2001, la conception d'un modèle d'organisation de services a débuté en juin 2001 avec le soutien d'un comité de travail représentatif du réseau de services actuel. La finalisation de ce modèle devra faire l'objet de consultations et d'un ajustement avec la politique en soins palliatifs du Ministère prévue pour le début de l'exercice 2003. Même si la phase d'implantation n'est pas encore débutée, la mise en place d'une garde médico-nursing, qui est l'une des composantes de l'organisation de services proposée, est en cours d'implantation dans la région.

## MESURE 4

### Améliorer l'accès aux services de prélèvements et aux analyses de laboratoire

**Objectif spécifique**

Inciter les établissements à appliquer les mesures à l'interne pour la restructuration de l'ensemble des activités de laboratoire.

**Actions réalisées en 2001-2002**

De nombreux travaux ont été effectués de concert avec le Ministère pour informatiser les activités à l'intérieur de tous les laboratoires de biologie médicale. Cette étape est primordiale en vue de mettre sur pied un système informatisé complet de requête-résultat plus global. Quelques établissements sont en mesure de déployer le système d'information jusqu'au médecin prescripteur (urgence, soins intensifs, cliniques externes, CLSC, etc.).

L'installation du nouveau logiciel GestLab a été complétée avec succès dans tous les établissements

de notre région. Cet outil permet une compilation uniforme du système d'unités de mesure de production des laboratoires de biologie médicale.

Le Programme accéléré d'investissements publics (PAIP) qui a débuté en 2001-2002 comporte quatre volets reliés spécifiquement à l'informatisation des laboratoires au moyen d'analyseurs, d'interfaces, de logiciels et de serveurs totalisant un investissement de 3 652 115 $ pour la Régie régionale. De plus, des projets de soutien à l'équilibre budgétaire du même programme vont aussi permettre de soutenir d'autres établissements dans leur démarche de réorganisation et d'informatisation des laboratoires avec des subventions de 1 289 238 $.

**Objectif spécifique**

Offrir des services de prélèvements sans rendez-vous dans tous les CLSC de la région.

**Actions réalisées en 2001-2002**

Les prélèvements sont accessibles sans rendez-vous dans tous les centres hospitaliers ainsi que dans 12 CLSC du nord et de l'est de Montréal. On comptabilise actuellement près de 29 000 prélèvements sans rendez-vous par semaine. Compte tenu des autres priorités et du bon niveau d'accessibilité dans le réseau, la Régie régionale n'a pas jugé bon de procéder, à ce moment, à la décentralisation des prélèvements dans les autres CLSC. De plus, la Régie régionale a incité les établissements à utiliser des technologistes médicales pour les activités de prélèvements afin de libérer ainsi du personnel infirmier pour les activités nursing.

**Objectif spécifique**

Intégrer les activités de laboratoire des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), des centres hospitaliers de soins psychiatriques (CHSP) et des centres hospitaliers de réadaptation (CHR) avec un laboratoire de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS).

**Actions réalisées en 2001-2002**

La Régie régionale a supporté l'Hôpital Louis-H. Lafontaine dans sa réévaluation organisationnelle pour les activités de laboratoire et les possibilités de complémentarité avec un centre hospitalier. Par ailleurs, l'hôpital maintient toujours certaines activités de laboratoire pour les besoins de son urgence, de son bloc opératoire et de sa clientèle particulière qui requiert des analyses spécifiques.

**Objectif spécifique**

Assurer la complémentarité et l'efficience du réseau de laboratoires.

**Actions réalisées en 2001-2002**

Des directives nationales pour les analyses hors laboratoires ont été diffusées par le MSSS et devront être mises en application par tous les établissements du réseau au cours de la prochaine année.

En collaboration avec le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), la Régie régionale coordonne les programmes provinciaux de tests plus spécialisés reliés au VIH et à l'hépatite C qui nécessitent des budgets annuels de 3,4 M$. Pour le VIH, trois centres hospitaliers ont été désignés au niveau national pour effectuer les tests de charge virale, dont le CHUM et le CUSM. Pour le génotypage, le CHUM et l'Hôpital Général Juif ont été désignés avec le LSPQ. Pour l'hépatite C, un budget a été autorisé par le Ministère pour les différents tests dans 7 établissements québécois dont le CHUM, le CUSM, l'Hôpital Général Juif et l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

## MESURE 5

### Améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie

#### Objectif spécifique

Maintenir 14 017 lits en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et augmenter à 60 % la proportion de places pouvant accueillir une clientèle requérant 2,5 heures/soins et plus par jour.

#### Actions réalisées en 2001-2002

Afin de mettre en place les moyens d'action projetés au Défi de l'accès, un ajout de 18,4 M$ était nécessaire pour assurer le rehaussement là où les ressources financières ne permettaient pas de le faire. Ce montant n'a pas été reçu du Ministère. Toutefois, le nombre de lits pouvant accueillir 2,5 heures/soins et plus a augmenté de 366 lits depuis le début du Plan 1998-2002, portant le nombre de 6 084 lits en 1997-1998 à 6 450 en 2001-2002. Cette augmentation a été réalisée par le biais de l'autofinancement impliquant parfois la baisse de capacité de lits. Au cours du dernier exercice, il y a eu rehaussement de 30 lits pouvant accueillir une clientèle de 2,5 heures/soins et plus, dont 28 lits au CHSLD Jean-de-la-Lande et 2 autres au Pavillon Ernest-Routhier. Le pourcentage de lits pouvant accueillir une clientèle nécessitant 2,5 heures/soins et plus est maintenant de 47,6 % en 2002.

#### Objectif spécifique

Améliorer le taux de réponse aux besoins des personnes hébergées.

#### Actions réalisées en 2001-2002

Le budget de développement de 2 171 151 $ reçu par la Régie régionale en 2001-2002 a été distribué à 11 établissements moins bien nantis en vue d'augmenter les soins et services dans ces établissements.

**Tableau 28** **Évolution des lits de longue durée en CHSLD 1998-2002**

| Situation | < 1,5 h.-s. | % | 1,5 à 2,5 h.-s. | % | 2,5 h.-s. et + | % | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1997-1998 | 1 053 | 7,6 % | 6 644 | 48,2 % | 6 084 | 44,1 % | 13 781 |
| 31/03/2002 | 738 | 5,4 % | 6 354 | 46,9 % | 6 450 | 47,6 % | 13 542 |
| Écart | -315 | -2,2 % | -290 | -1,3 % | 366 | 3,5 % | -239 |

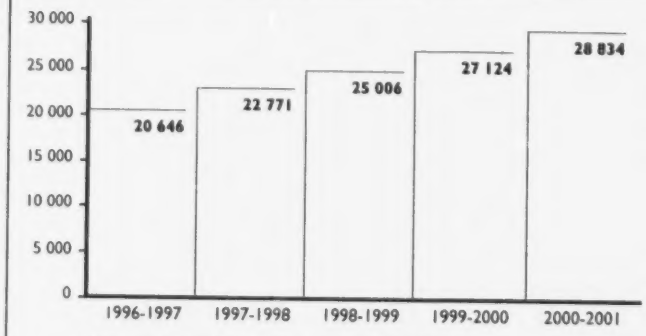
**Objectif spécifique**

Consolider et augmenter l'accessibilité des services à domicile des CLSC pour les personnes en perte d'autonomie.

**Actions réalisées en 2001-2002**

En 2000-2001, 28 834 personnes âgées ont bénéficié de soins à domicile dispensés par les CLSC. Il s'agit d'une augmentation de clientèle de 59 % par rapport à l'année 1997-1998. Le taux de desserte est passé de 62,5 % en 1999-2000 à 63,1 % durant l'année 2000-2001 alors que l'intensité des services connaît une certaine stabilité avec 35,9 heures/usager/an. (En raison de changements informatiques en cours, les chiffres se rapportant à l'année 2001-2002 n'étaient pas disponibles au moment de la publication du présent rapport.)

**Graphique 11** **Soins à domicile - Nombre de personnes âgées desservies**




Note : les données 2001-2002 ne sont pas disponibles.

**Objectif spécifique**

Assurer l'accès des personnes âgées aux services d'entretien ménager et de grands ménages subventionnés par le gouvernement, par l'entremise des entreprises d'économie sociale.

**Actions réalisées en 2001-2002**

De 1 154 en 1998, le nombre de personnes desservies par les 11 entreprises d'économie sociale en aide domestique est passé à 11 246 au 31 mars 2002. La clientèle des entreprises est constituée à 80 % de femmes et à 68 % de personnes âgées de 65 ans et plus. Fait important, 46 % sont des personnes âgées de 75 ans et plus.

Le nombre d'heures de services rendus a connu une bonne croissance; il est passé à 355 910 au 31 mars 2002.

**Tableau 29** **Entreprises d'économie sociale - Aide domestique**

- Coopératout
- La Grande Vadrouille
- La Maisonnette Sud-Ouest
- Plumeau, Chiffon et compagnie
- Les Services d'aide Remue-Ménage
- Coup de main à domicile
- Répit-Ressource de l'Est de Montréal
- L'Aide domestique du Nord-Est de Montréal - Les beaux ménages
- Les Associés de l'entretien ménager Logi+Net
- Coup de balai Inc.
- Services West-Nette

**Objectif spécifique**

Augmenter les places en hébergement temporaire et améliorer l'efficience des services existants.

**Actions réalisées en 2001-2002**

De mai 2001 à mai 2002, l'implantation du programme-cadre en hébergement temporaire a été évaluée afin d'y apporter des ajustements s'il y a lieu. Un rapport d'évaluation sera déposé au cours des prochains mois. Ainsi, 141 lits répartis dans 31 CHSLD ont été regroupés dans 12 centres en vue d'une plus

grande efficience et d'une programmation plus élaborée.

### Objectif spécifique

S'assurer que les ressources d'habitation privées contribuent au maintien de l'autonomie des personnes âgées dans un environnement sécuritaire et de qualité.

### Activités réalisées en 2001-2002

La Régie régionale a procédé à la réédition du répertoire des ressources d'habitation privées qui se conforment aux critères définis dans le cadre de référence publié en 1998-1999. Le répertoire, imprimé à 2 000 exemplaires, liste 107 ressources. La Régie régionale a incité les ressources d'habitation privées à recourir à des organismes privés d'accréditation, mais il semble que le coût de l'évaluation apparaît être un frein à l'intérêt des ressources à recourir à une telle démarche.

### Objectif spécifique

Améliorer le partenariat avec les organismes communautaires et leur apport dans le continuum de services aux personnes âgées.

### Actions réalisées en 2001-2002

Le comité sur les services d'accompagnement-transport à des fins de traitements médicaux a complété ses travaux et formulé des recommandations et actions à privilégier. Celles-ci seront inscrites dans le plan d'action de la Régie régionale pour l'implantation des orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. Un investissement de 302 974 $ a été alloué en 2001-2002.

### Objectif spécifique

Consolider l'implantation en CLSC d'un guichet unique pour l'accès aux services à long terme dans la communauté ou en institution.

**Graphique 12** **Aide domestique - Heures de services rendus**

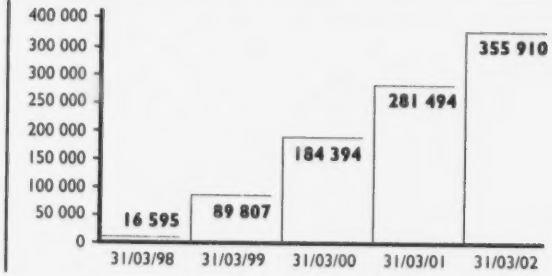



**Tableau 30** **Hébergement temporaire**

| Sites désignés | Planifiés (1) | Non planifiés (2) |
|---|---|---|
| **Sous-région Est** | | |
| - Centre d'hébergement Champlain-Marie-Victorin | 9 | 6 |
| - Centre d'accueil Dante | 3 | |
| - Centre Le Cardinal | 4 | |
| - Centre de soins prolongés | 15 | |
| - Centre Triest | 1 | |
| **Sous-région Ouest** | | |
| - Foyer Dorval | 15 | |
| - Pavillon Camille-Lefebvre (de l'Hôpital de Lachine) | 4 | 5 |
| - CA La Salle | 4 | |
| **Sous-région Sud** | | |
| - CHSLD Jacques Viger | 15 | |
| - Les CHSLD Centre-Ville de Mtl | | |
| Rés. St-Charles-Borromée | 7 | 2 |
| Manoir l'Âge d'Or | 6 | 2 |
| - CHSLD du Plateau Mont-Royal | 16 | 6 |
| - Centre Jean-de-la-Lande | | |
| **Sous-région Nord** | | |
| - CH Notre-Dame de la Merci | 15 | 4 |
| - Manoir Cartierville | 2 | |
| **Sous-total** | **116** | **25** |
| **Grand total** | **141 lits** | |

(1) HTP : Hébergement temporaire planifié (répit, convalescence)
(2) HTNP : Hébergement temporaire non planifié (dépannage, protection sociale)
(3) Particularités : lits intégrés dans le nombre de lits d'hébergement temporaire planifié

**Actions réalisées en 2001-2002**

La Régie régionale a procédé à l'analyse des résultats de recherche sur les impacts du guichet unique en CLSC menée sous l'égide du CLSC René-Cassin, ainsi que sur les acquis du projet SIPA, notamment le travail des gestionnaires de cas. On a poursuivi les formations portant sur la *Gestion de cas* et *L'art de négocier*. À ce jour, près de 500 intervenants en ont bénéficié.

**Objectif spécifique**

Assurer en CHSLD des services adaptés à une clientèle adulte et âgée ayant des problèmes de santé mentale ou une déficience intellectuelle.

**Actions réalisées en 2001-2002**

Au CHSLD Jeanne-LeBer, 24 places de services adaptés en santé mentale et une unité spécifique de type 2 ont été développées, ce qui a permis le transfert de 24 usagers du l'Hôpital Louis-H. Lafontaine vers ce centre (investissement de 480 000 $ récurrent prévu à l'entente tripartite).

**Objectif spécifique**

Supporter l'expérimentation d'un projet novateur de services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA).

**Activités réalisées 2001-2002**

Le projet SIPA s'est terminé en mars 2002. Le premier rapport d'évaluation de la phase I (juin 1999 à mai 2000) a été déposé. Les premiers résultats démontrent une réduction de la durée de la fréquentation à l'urgence; une baisse du nombre de personnes en attente d'hébergement; une tendance à la baisse du taux d'hébergement en CHSLD et une augmentation de la satisfaction des usagers et des proches.

La transition des clientèles participantes au projet vers les services réguliers du réseau a fait l'objet d'une planification. SIPA a bénéficié d'un budget de 567 482 $ au cours de l'année 2001-2002.

**Objectif spécifique**

Améliorer l'équité d'accès aux services en fonction des caractéristiques linguistiques et culturelles de la population.

**Actions réalisées 2001-2002**

L'implantation de programme de confort culturel pour les communautés juive et italienne s'est poursuivi. Celui destiné à la clientèle juive a été développé au CHSLD Centre-Ville de Montréal (Manoir l'Âge d'Or) et comprend 40 lits disponibles depuis novembre 2000. Un programme de confort culturel pour la communauté italienne a été implanté dans quatre CHSLD : Les Havres, Providence Notre-Dame de Lourdes, Saint-Michel et Champlain Marie-Victorin. Les travaux se poursuivent pour améliorer l'adaptation des soins et des services.

**Des interventions de prévention-promotion inscrites au plan 1998-2002**

Dans le cadre du programme PIED (Programme intégré d'équilibre dynamique), des efforts ont été consentis depuis trois ans pour le transfert des connaissances en matière de prévention des chutes. Ainsi, on compte de nombreuses formations, publications et présentations au cours des dernières années. Ces efforts ont contribué à accroître l'accès à des programmes efficaces de prévention des chutes pour les aînés vivant dans la communauté. Une nouvelle édition du programme PIED est disponible depuis mars 2002. Le programme a été révisé pour faciliter son implantation par les centres communautaires et les CLSC. Plus d'une quinzaine de groupes offriront le programme PIED au cours de la prochaine année.

Dans le cadre des maladies évitables par l'immunisation, 54,7 % des personnes âgées vivant en milieu ouvert ont été vaccinées contre l'influenza. Pour leur part, 84,2 % des personnes âgées vivant en institution ont été rejointes.

## CONTINUUM DE SERVICES AUX PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE

### MESURE 6

**Améliorer l'accès aux services externes de réadaptation fonctionnelle**

**Objectif spécifique**

Maintenir dans l'immédiat l'accessibilité à 731 lits de réadaptation fonctionnelle en améliorant l'efficience des programmes des cinq unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et en optimisant l'utilisation des hôpitaux de jour.

**Actions réalisées en 2001-2002**

Un comité aviseur a été constitué pour appuyer la Régie régionale dans la réalisation des actions prioritaires à poser au niveau de l'organisation des services de réadaptation fonctionnelle intensive dispensés par les centres hospitaliers et les unités de réadaptation fonctionnelle intensive en CHSLD. Les travaux concernant les services dispensés à l'interne sont complétés et seront diffusés prochainement aux établissements.

**Objectif spécifique**

Allouer un budget de développement de 1,7 M$ aux CLSC de la région afin d'offrir des services de réadaptation fonctionnelle intensive à domicile, et ce, pour une clientèle pouvant bénéficier de cette approche.

**Actions réalisées en 2001-2002**

Cette mesure était principalement destinée à la clientèle qui présentait une problématique orthopédique, par exemple, les personnes ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou et dont la condition clinique et psychosociale permet une telle approche. Quatre ans après l'entrée en vigueur du

plan d'amélioration 1998-2002, aucun des travaux requis n'a été réalisé en l'absence du financement requis pour mettre les services en place.

Par ailleurs, grâce à un développement budgétaire non récurrent obtenu du Ministère, la Régie régionale a octroyé en 2001-2002 un budget de 120 000 $ aux six centres de réadaptation afin de leur permettre de faciliter le transport des usagers les plus démunis vers les services externes de réadaptation fonctionnelle intensive.

**Objectif spécifique**

Optimiser l'articulation des interventions des centres hospitaliers de réadaptation et des URFI en centres d'hébergement et de soins de longue durée avec les établissements en amont et en aval de leurs interventions.

**Actions réalisées en 2001-2002**

Des recommandations ont été effectuées par le comité aviseur sur les modalités de référence de la clientèle des centres hospitaliers de courte durée vers les établissements de réadaptation. Ces recommandations devront faire l'objet d'une analyse plus approfondie avant d'être implantées. Les travaux concernant l'articulation avec les établissements en aval n'ont pas été amorcés.

## MESURE 7

### Améliorer l'accès aux services de maintien dans la communauté

**Objectif spécifique**

Allouer 5,6 millions de dollars sur trois ans du Programme d'organisation des services intensifs et à long terme pour personnes handicapées (POSILTPH) des 29 CLSC afin d'éliminer la liste d'attente et accroître l'accès aux services intensifs à domicile pour les personnes de moins de 65 ans présentant une déficience physique.

### Actions réalisées en 2001-2002

L'objectif d'allouer 5,6 millions de dollars sur trois ans aux 29 CLSC n'a été atteint que partiellement. En effet, depuis 1998, un montant total de près de 3 M$ a été alloué, ce qui représente 53,6 % de l'objectif visé.

En 1997-1998, il y avait 98 personnes en attente d'un premier service ou d'une augmentation du nombre d'heures de services à domicile. En 1998-1999, l'allocation de 2 260 472 $ a permis de desservir 87 nouveaux usagers et de réduire la liste d'attente à 23 personnes. Depuis, les investissements ont été beaucoup moindres et la liste d'attente n'a pas cessé d'augmenter. Au 31 mars 2002, il y avait 199 personnes en attente de services.

L'obtention des 2,6 millions de dollars manquants est nécessaire afin d'éliminer la liste d'attente et de répondre aux besoins de cette clientèle.

**Tableau 31** **POSILTPH – Évolution de la clientèle et de la liste d'attente 1998-200**

| | Usagers desservis | Usagers enn attente d'un premier service ou d'un rehaussement de services |
|---|---|---|
| 1997-1998 | 815 | 98 |
| 1998-1999 | 902 | 23 |
| 1999-2000 | 963 | 65 |
| 2000-2001 | 894 | 127 |
| 2001-2002 | 1 003 | 199 |

**Tableau 32** **POSILTPH – Évolution des développements budgétaires 1998-2002**

| | |
|---|---|
| 1998-1999 | 2 260 472 $ |
| 1999-2000 | 397 953 $ |
| 2000-2001 | 298 428 $ |
| 2001-2002 | aucun |
| **Total** | **2 956 853 $** |

## MESURE 8

### Améliorer l'accès aux services de base et aux services dans la communauté

**Objectif spécifique**

Améliorer l'intégration et la réinsertion dans la communauté.

**Actions réalisées en 2001-2002**

Au cours de la dernière année, la Régie régionale a diffusé un état de situation et des pistes de développement des services ambulatoires en santé mentale offerts aux adultes dans les hôpitaux de la région de Montréal-Centre. Le comité d'appui à l'organisation des soins partagés en santé mentale a déposé son rapport et réalisé la synthèse des publications et un plan d'action régional. Dans le domaine des services surspécialisés, mentionnons l'inauguration le 16 novembre 2001 du programme régional pour la clientèle santé mentale / toxicomanie (tandem Centre Dollard-Cormier et Centre hospitalier Louis-H. Lafontaine).

La Régie régionale a aussi poursuivi l'implantation du nouveau cadre de référence des ressources intermédiaires en santé mentale. Le développement des services dans la communauté s'est également poursuivi grâce à la réallocation récurrente de 2,6 M$ des centres hospitaliers Louis-H. Lafontaine et Douglas. À l'hôpital Louis-H. Lafontaine, l'implantation de deux ressources résidentielles a permis la création de 33 places (investissement de 706 000 $ non récurrent contenu au budget de transition prévu à l'entente tripartite signée l'an dernier).

Au Centre hospitalier Douglas, sur les 15 places prévues en ressource de type familial, 5 ont déjà été développées. Dans le secteur des activités de jour, il y a l'ouverture de 25 places dans un programme de réadaptation accessibles à la clientèle de la sous-région centre-ouest (investissement de 150 000 $ non récurrent au budget de transition prévu à l'entente tripartite).

Dans le cas des services adaptés en santé mentale en CHSLD pour la clientèle anglophone, la signature du protocole d'entente entre le Centre hospitalier Douglas et le CHSLD Yvon-Brunet est prévue pour juin 2002, et le transfert de 24 usagers se fera à l'automne 2002.

Enfin, un suivi continu du mouvement des 1 600 personnes hospitalisées depuis plus de six mois en 1998 a été effectué deux fois au cours de l'année.

L'ensemble de l'opération de réinsertion sociale des personnes adultes présentant une déficience intellectuelle actuellement hospitalisées à l'Hôpital Rivière-des-Prairies se retrouve désormais sous la responsabilité des Services pour les personnes présentant une déficience intellectuelle.

**Tableau 33** **Fermeture de lits de longue durée dans les CHSP**

| | Total des lits de longue durée au 31-03-98 | Objectif visé | Résultats au 31-03-02 |
|---|---|---|---|
| Hôpital Douglas<br>Hôpital Rivière-des-Prairies<br>Hôpital Louis-H. Lafontaine | 1 172 | 350 fermés | 320 fermés |

### Objectif spécifique

Poursuivre le développement des services de base en santé mentale.

### Actions réalisées en 2001-2002

Le document sur le développement des services de base en santé mentale dans les CLSC, les priorités d'action et la répartition budgétaire pour ces services et priorités ont été adoptés par le conseil d'administration de la Régie régionale en janvier 2002.

Les budgets aux CLSC ont été alloués selon les priorités d'action définies par la Régie régionale et articulées autour de trois axes de développement : implantation des services d'aide en situation de crise par le CLSC des Faubourgs à même les services de UPS Justice (700 000 $); poursuite de l'amélioration de l'accès aux services de base santé mentale dans tous les CLSC (2 089 500 $); règlement de deux situations particulières en CLSC - des Faubourgs et Lac St-Louis - (180 000 $).

**Tableau 34** **Réallocations requises et réalisées dans le plan 1998-2002**

| | Réallocations réalisées 1999-2000 | Réallocations réalisées 2000-2001 | Réallocations réalisées 2001-2002 | Cibles du Plan 1998-2002 |
|---|---|---|---|---|
| **3.4.1 Intégration et réinsertion dans la communauté** | | | | |
| - Services et ressources dans la communauté | 534 000 $ | | 1 570 000 $ | 9 000 000 $ |
| - Places adaptées en CHSLD | 545 000 $ | | 480 000 $ | 1 200 000 $ |
| **3.4.2 Services de base en santé mentale** | | | | |
| - Accès téléphonique 24/7 | | | | 1 000 000 $ |
| - Services de base en santé mentale | | | 2 900 000$ (1) | 3 300 000 $ |
| **3.4.3 Hospitalisation psychiatrique** | | | | |
| - Rehaussement de lits de long séjour en CHSP | | | | 1 200 000 $ |
| - Création de lits de long séjour régionaux en CHSP | | | | 1 800 000 $ |
| **3.4.6 Information et sensibilisation de la population** | | | | 1 200 000 $ |
| | | | | N.R. |
| Contrer l'intolérance et les préjugés | | 83 354 $ | 250 000 $ | |
| Vérifier l'impact du Plan d'amélioration sur la santé et le bien-être de la population | | | | |
| **Total** | **1 079 000 $** | **83 354 $** | **5 200 000 $** | **17 500 000 $** |

(1) Approuvé par le conseil d'administration en 2001-2002 et versé en 2002-2003

**Objectif spécifique**

Optimiser l'utilisation de l'hospitalisation psychiatrique.

**Actions réalisées en 2001-2002**

Une journée d'étude sur la sectorisation des services de psychiatrie adulte s'est tenue le 2 mai 2001. Un rapport synthèse a été produit. Un comité de travail sur la mise en place d'un protocole d'accueil mieux ajusté aux règles d'application de la sectorisation a été constitué.

Les mesures exceptionnelles concernant les séjours de plus de 48 heures dans les urgences psychiatriques n'ont pas été renouvelées à l'hiver 2001-2002. L'objectif d'éliminer les séjours de plus de 48 heures à l'urgence a été atteint à 50 %. Au cours de la dernière année, 7 hôpitaux sur 14 ont maintenu leur durée de séjour en deça de 48 heures.

Afin de mieux desservir les usagers du Nunavik, il y a eu signature et mise en application d'une entente de services entre le CHUM et la Régie régionale du Nunavik pour la prestation de services : hospitalisation psychiatrique de courte durée, visites de psychiatres au Nunavik et services de consultation et de formation aux établissements.

**Objectif spécifique**

Mettre en place un plan régional de prévention du suicide.

**Actions réalisées en 2001-2002**

Le plan régional d'actualisation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide est réalisé tant pour la clientèle des adultes que celle des jeunes et ce, suite à la production du profil statistique du suicide dans la région de Montréal en 1999.

- **Clientèle jeunesse**

  Le projet d'intervention concertée sur le suicide chez les jeunes qui vivent de graves difficultés sociales et affectives s'est poursuivi dans sept territoires, dont cinq nouveaux cette année. Les mesures suivantes ont été réalisées : un programme de formation par compétences en prévention du suicide chez les jeunes; une grille d'observation de l'état mental et du risque du suicide et une fiche de communication d'informations systématiques; une recension critique de la littérature en matière du processus suicidaire chez les jeunes; les travaux du groupe de travail

multidisciplinaire sur le suicide chez les enfants (chercheurs, pédopsychiatres, intervenants, etc.) : adaptation du modèle d'intervention concertée à la situation des enfants de 6-12 ans et production d'un document de formation pour les intervenants; une conférence sur la problématique suicidaire en novembre 2001 avec la participation de 180 intervenants et gestionnaires; la publication de deux articles dans les périodiques *Vis-à-Vis, Défi-Jeunesse et Criminologie*; une présentation du projet au Congrès international de Genève (novembre 2001) et la mise en place des équipes de deuxième niveau au sein des centres jeunesse de Montréal et Batshaw (montant de 42 695 $ non récurrent au Centre jeunesse Batshaw).

■ **Clientèle adulte**

L'entente avec le Coroner pour des services adaptés aux personnes endeuillées a été élaborée mais non signée. La mise en place du projet pilote MARCO pour le suivi concerté des personnes suicidaires s'est poursuivie. Initié par l'organisme Suicide Action Montréal (SAM), ce projet regroupe les urgences psychiatriques, les CLSC et les centres de crise dans les territoires des hôpitaux St-Mary, Albert-Prévost et Notre-Dame. Les résultats préliminaires du projet d'intervention auprès des proches des hommes à haut risque de suicide ont été obtenus.

Une formation de base a été donnée à 433 intervenants de première ligne afin de rehausser les compétences d'intervention auprès des personnes suicidaires (investissement de 44 298 $ non récurrent).

**Objectif spécifique**

Améliorer l'accès aux services de santé mentale aux jeunes.

**Actions réalisées en 2001-2002**

Une proposition d'organisation des services de pédopsychiatrie pour la région incluant des propositions d'attribution des mandats sectoriels et sous-régionaux a été déposée.

L'identification des modalités de liaison entre les partenaires du réseau intervenant en première ligne et les services de pédopsychiatrie a été effectuée, de même que celles des modalités de liaison entre les centres jeunesse de Montréal, Batshaw et de Laval et les services de pédopsychiatrie pour la clientèle hébergée. Les modalités de liaison avec les centres de réadaptation en déficience physique et ceux de la pédopsychiatrie ont également fait l'objet de travaux d'identification.

Nous avons continué d'explorer un projet d'intervention auprès des jeunes dont les parents ont des problèmes de santé mentale et auprès de ces parents.

**Objectif spécifique**

Augmenter l'information et la sensibilisation de la population.

**Actions réalisées en 2001-2002**

L'application du plan d'action et la réalisation des trois premiers volets de la première partie de la campagne de sensibilisation des troubles anxieux chez les jeunes de 14 à 25 ans intitulée « Peur pas peur… » a été entreprise. Cela signifie entre autres la production et la validation d'un document de consensus sur les troubles anxieux; une journée sur les troubles anxieux chez les jeunes de 14 à 25 ans en septembre 2001; le dépôt de l'inventaire des services et ressources engagés dans l'intervention sur les troubles anxieux auprès de cette clientèle dans chacune des six sous-régions et des travaux en cours sur l'identification du modèle d'organisation de l'intervention intersectorielle en matière des troubles anxieux chez les jeunes de 14 à 25 ans.

## CONTINUUM DE SERVICES AUX PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

### MESURE 9

**Desservir l'ensemble des personnes en attente de services**

**Objectif spécifique**

Injecter un budget de 12 M$ pour permettre de répondre aux besoins des personnes en attente de services.

**Actions réalisées en 2001-2002**

Pour l'année financière 2001-2002, un premier rapport du suivi de gestion de la transformation des ressources et de l'accès aux services produit en mars 2002 confirme, de façon générale, une diminution des listes d'attente en centres de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI).

Les budgets rendus disponibles à l'Association des troubles envahissants du développement de Montréal ont permis, encore cette année, d'augmenter le nombre de personnes bénéficiant d'activités de soutien, dont les camps.

Le Ministère a consenti un budget récurrent de 1,5 M$ en août 2001 qui a été réparti dans les cinq CRDI de Montréal.

Un autre budget non récurrent de 2 101 130 $ a été alloué par le Ministère, dont 390 908 $ pour les personnes présentant un trouble envahissant du développement. Il a été réparti comme suit : 1 100 000 $ en CRDI, 646 741 $ en CLSC et 354 391 $ aux organismes communautaires. Ce budget vise à mieux soutenir les familles grâce à une plus grande accessibilité à des services de répit et de dépannage, à intensifier les interventions auprès des enfants et à accroître le soutien à l'intégration et à la participation sociale des adultes.

**Tableau 35** **Nouveaux services et listes d'attente**

| | | Personnes nouvelles desservies | Capacité de desserte | État des listes d'attente |
|---|---|---|---|---|
| Tous programmes confondus | | 281 | ↑ 7 % | ↓ 10 % |
| Programme résidentiel | | 41 | ↑ 2 % | maintien |
| Programme socioprofessionnel | 435 | 118 | ↑ 5 % | ↓ 23 % |
| Programme soutien | | 276 | ↑ 20 % | ↓ 9 % |
| - Services aux 0-5 ans<br>- Clientèle TED | | 58 | ↑ 16 % | maintien |

**Objectif spécifique**

Transformer les services résidentiels et socioprofessionnels.

**Activités réalisées en 2001-2002**

Les activités d'intégration des usagers de l'Hôpital Rivière-des-Prairies en CRDI se sont poursuivies au cours de l'année mais à un rythme plus lent. Au 31 mars 2002, 160 usagers ont été transférés. L'objectif de transférer 395 usagers d'ici le 31 décembre 2003 est maintenu. Les impacts budgétaires soulevés par l'hôpital et les CRDI ont fait l'objet d'études approfondies.

La réalisation du « Projet d'expérimentation terrain de nouvelles pratiques de complémentarité pour les personnes ayant une déficience intellectuelle qui sont en emploi et celles qui sont en stages individuels » a été reportée jusqu'à confirmation du budget nécessaire à sa mise en place.

Le centre Miriam a finalisé la planification pour la transformation de son milieu institutionnel. Le transfert de la clientèle s'amorcera à l'automne 2002.

**Objectif spécifique**

Implanter un réseau de services pour personnes autistes et pour celles qui présentent des troubles envahissants du développement (TED).

**Actions réalisées en 2001-2002**

Une revue de littérature sur les besoins des personnes présentant un trouble envahissant du développement sans déficience intellectuelle a été conçue et diffusée à l'ensemble des partenaires de la région.

Plus de 110 personnes ont participé à une journée thématique intersectorielle sur les besoins de services des personnes présentant un trouble envahissant du développement sans déficience intellectuelle. En plus des représentants des familles et des personnes présentant ces troubles, de nombreux intervenants y participaient, notamment ceux des CLSC, des centres hospitaliers, des centres de réadaptation de la déficience intellectuelle et de la déficience physique, du milieu scolaire, des centres jeunesse, de l'Office des personnes handicapées du Québec et du Regroupement des centres de la petite enfance.

Au cours de l'année, la mise à jour de l'état de situation sur les services d'évaluation diagnostique des quatre centres hospitaliers désignés (Douglas, Sainte-Justine, Rivière-des-Prairies et l'Hôpital de Montréal

pour enfants) et un cadre de référence d'indicateurs de suivi de gestion ont été développés. Les résultats indiquent que 470 premières évaluations et une réévaluation y ont été réalisées au cours de l'année 1999-2000. Près de 40 % des évaluations sont faites pour des personnes habitant à l'extérieur de Montréal. Le délai moyen entre la référence et le début de l'évaluation est de 113 jours; il varie d'un établissement à l'autre passant de 45 jours à 190 jours. Un comité scientifique chargé de réviser le protocole commun d'évaluation diagnostique a été mis en place.

Un budget non récurrent de 120000 $ a été alloué à l'Hôpital Sainte-Justine pour soutenir ses activités d'évaluation diagnostique.

**Objectif spécifique**

Développer des ententes individuelles ou globales entre les centres de réadaptation en déficience intellectuelle pour assurer l'accessibilité des services à la population de langue anglaise.

**Actions réalisées en 2001-2002**

L'orientation suivante a été maintenue : l'accessibilité des services à la population d'expression anglaise se fait majoritairement par le biais d'ententes individuelles sauf pour deux établissements qui ont convenu d'une entente de complémentarité de services en 1997 et qui est toujours en vigueur.

**Objectif spécifique**

Élaborer des ententes avec les partenaires concernés pour assurer l'accessibilité des clientèles présentant des besoins particuliers.

**Actions réalisées en 2001-2002**

Des critères d'orientation résidentielle de la clientèle de moins de 18 ans ayant une déficience intellectuelle et une déficience physique ont été approuvés. Toutes les personnes présentant une déficience intellectuelle et une déficience physique sont orientées en CRDI. Cependant, les personnes qui nécessitent des soins infirmiers sur une base continue et intensive sont orientées dans le réseau de la déficience physique. Les enfants âgés de 0 à 5 ans ayant une déficience physique sans déficience intellectuelle mais ayant un retard global de développement sont pris en charge par le réseau de la déficience physique. Des travaux sont à poursuivre pour définir la notion de « soins infirmiers sur une base continue et intensive », les modalités de transfert d'un réseau à l'autre et pour identifier un mécanisme de traitement des situations

litigieuses. Il reste à statuer sur les clientèles présentant une déficience intellectuelle légère et une déficience sensorielle, ainsi que sur les personnes de 18 ans et plus qui nécessitent des soins infirmiers sur une base continue et intensive.

Enfin, le centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal a amorcé les discussions avec le Centre jeunesse Batshaw afin de travailler à l'élaboration d'un processus conjoint d'accès et de planification des services.

## CONTINUUM DE SERVICES D'ADAPTATION SOCIALE

### DES PRIORITÉS RÉGIONALES DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE

#### La santé et le bien-être des tout-petits

Implanté dans huit territoires de CLSC, le programme intégré en périnatalité *Naître égaux - Grandir en santé* met à contribution dix regroupements intersectoriels locaux. Les principaux partenaires (familles, organismes communautaires, CLSC, centres jeunesse, centres de la petite enfance, municipalité, etc.) développent et mettent en œuvre un plan d'action concerté pour mieux répondre aux besoins des familles avec de jeunes enfants, particulièrement celles en situation d'extrême pauvreté. Les regroupements travaillent également avec les familles en vue d'améliorer leurs conditions de vie et de lutter contre la pauvreté.

L'année 2001-2002 s'est inscrite dans la continuité des actions déjà entreprises, les projets en cours et les collaborations inter-organismes ayant été davantage consolidés. Au plan local et régional, des actions ont été réalisées en collaboration avec le Collectif pour une loi sur l'élimination de la pauvreté. Des travaux ont aussi été effectués par la direction de la santé publique, en collaboration avec ses partenaires, en vue d'adapter l'intervention aux familles d'immigration récente et pour favoriser l'engagement paternel. Par ailleurs, sur la base de l'expérimentation du programme et des résultats de recherche, *Naître égaux - Grandir en santé* est actuellement mis à jour par le Ministère en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec, les directions régionales de santé publique et leurs partenaires. Les orientations proposées sont en cours de validation avec les partenaires, les familles et les experts. Au plan national et régional, des arrimages sont effectués avec le *Programme de soutien aux jeunes parents* qui s'adresse plus spécifiquement aux jeunes familles dont la mère est âgée de moins de 20 ans à la naissance de l'enfant.

#### Le développement optimal des jeunes

Depuis 1994, le programme Priorité jeunesse est implanté dans cinq territoires de CLSC (Hochelaga-Maisonneuve, Parc-Extension, Pierrefonds, Verdun/Ville-Émard, Côte Saint-Paul et Villeray). Les activités destinées aux 6-25 ans sont développées dans le cadre d'une action concertée des secteurs santé et services sociaux, scolaire et communautaire autour de quatre stratégies : le développement des compétences personnelles et sociales des jeunes en milieu scolaire; l'accompagnement intensif des plus vulnérables; le soutien aux parents et la création d'environnements favorables à la santé.

Près de 9000 jeunes et parents sont rejoints annuellement par le biais de 64 activités, ce qui représente une augmentation de 17% par rapport à la première évaluation réalisée en 1998. À ce jour, 6 tables de concertation, 34 écoles de niveau primaire, secondaire et adulte, 30 organismes communautaires, 5 CLSC, les centres jeunesse, une municipalité, la Régie régionale et sa direction de santé publique participent à la Priorité jeunesse.

La seconde évaluation démontre qu'un plus grand nombre d'écoles et de jeunes vulnérables sont rejoints avec les activités appropriées et que celles-ci sont développées dans une perspective plus continue qu'auparavant. L'évaluation participative a permis l'amélioration des interventions tout au long du déroulement du programme.

**Femmes : C'est pas toujours frappant, mais ça fait toujours mal**

La promotion de rapports harmonieux et égalitaires entre les garçons et les filles et la prévention de la violence dans les relations amoureuses des adolescents ont fait l'objet d'une attention particulière au cours des dernières années. Sur le plan des connaissances, une enquête réalisée en 2001 auprès de 500 jeunes de Montréal sur leurs opinions et comportements au sein de leurs relations amoureuses a permis d'alimenter la réflexion des intervenants sur le travail de sensibilisation à réaliser auprès des jeunes. L'apport de ces connaissances sur le vécu et les conceptions des jeunes sur l'aspect des rapports égalitaires a aussi permis de resituer la question de la violence dans les relations amoureuses dans un cadre plus global du développement de la vie affective des adolescents. Cette approche large et promotionnelle a favorisé la mobilisation des intervenants jeunesse et permis la réalisation de nombreuses activités.

L'implantation d'un programme intégré de dépistage et de suivi en violence conjugale dans un centre hospitalier se veut un projet à la fois novateur et contributif à la réduction de la violence envers les femmes. Quatre départements ont été ciblés et les professionnels qui y travaillent ont été formés. La trousse de dépistage adapté au contexte organisationnel d'un centre hospitalier est maintenant en application dans les départements concernés. L'évaluation d'implantation, des impacts sur la clientèle, sur l'intervention et sur l'organisation orientera nos actions futures en regard de l'applicabilité et de la faisabilité d'un tel programme en centre hospitalier.

## DES SOLUTIONS D'AVENIR FACE À LA VIOLENCE FAITE AUX FEMMES

La majorité des activités réalisées au cours de l'exercice 2001-2002 dans le cadre de la priorité « Violence faite aux femmes » poursuivent les objectifs du Défi de l'accès amorcé en 1998.

### Objectif spécifique

Assurer la coordination de la mise en œuvre des politiques en matière d'agression sexuelle et de violence conjugale.

### Actions réalisées en 2001-2002

La Régie régionale a accordé son soutien technique et a participé à la Table de concertation en matière de violence conjugale de Montréal ainsi qu'à la Table de concertation en matière d'agression à caractère sexuel de Montréal. Elle a en outre collaboré à l'organisation de journées thématiques sur la problématique de la violence conjugale, sur les orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle, sur les ressources pour les victimes d'agression sexuelle et sur la concertation intersectorielle en matière de violence faite aux femmes.

La Régie régionale a aussi participé à la Table provinciale des coordonnatrices régionales du dossier Violence faite aux femmes ainsi qu'au Comité de direction de l'Alliance de recherche Université-Communauté sur les réponses sociales à la violence faite aux femmes de l'Université de Montréal et de l'Université Laval.

### Objectif spécifique

Réduire la tolérance sociale face à la violence faite aux femmes.

### Actions réalisées en 2001-2002

Les résultats d'un sondage mené auprès de 500 jeunes sur leur perception des relations égalitaires entre les sexes et leur vécu à ce sujet ont fait l'objet d'une diffusion auprès de divers médias et le rapport a été présenté à différents organismes et intervenants. Un montant de 12 100 $ non récurrent a été consacré à cette activité.

D'autre part, un montant de 63 000 $ non récurrent a été alloué à des activités de sensibilisation à la violence faite aux femmes qui ciblent quatre communautés ethnoculturelles (italienne, latino-américaine,

arabe, haïtienne). Ces activités, adaptées aux adultes et aux jeunes, ont pris la forme d'interventions théâtrales, de cafés rencontres, d'ateliers d'échange et d'un concours de messages publicitaires.

**Objectif spécifique**

Prévenir la violence chez les jeunes.

**Actions réalisées en 2001-2002**

Les actes d'un forum régional sur les pratiques et le développement d'outils en matière de prévention de la violence dans les relations amoureuses ont été diffusés auprès des intervenants jeunesse et des décideurs concernés.

Une formation de base sur la prévention de la violence dans les relations amoureuses a été dispensée auprès de 145 intervenants jeunesse en milieu scolaire, institutionnel et communautaire. Une formation continue auprès des intervenants déjà formés s'est faite à travers 5 séminaires traitant divers aspects de la violence dans les relations amoureuses.

Sur les plans du soutien conseil et financier à divers projets régionaux, des guides d'animation en milieu scolaire ont été produits ainsi qu'une pièce de théâtre. L'ensemble de ces activités a bénéficié d'un montant de 120 000 $ non récurrent.

**Objectif spécifique**

Contrer l'isolement et accroître le sentiment de sécurité chez les femmes.

**Actions réalisées en 2001-2002**

Des projets locaux se sont poursuivis dans Montréal-Nord, Petite Patrie et Plateau Mont-Royal. Au nombre de ces projets, mentionnons la participation aux divers comités sur l'aménagement sécuritaire des lieux (stations de métro, parcs, pistes cyclables, etc.), des cours d'autodéfense pour les femmes et jeunes filles, des marches exploratoires dans les quartiers pour les femmes et les personnes âgées, la consolidation du projet *Commerçants Secours*, la prévention de la violence dans les relations amoureuses et des agressions sexuelles dans diverses institutions d'enseignement (secondaire et collégial) et la sensibilisation à la problématique de l'agression sexuelle et des drogues du viol. Un montant de 150 000 $ non récurrent a été investi.

La Régie régionale a maintenu son soutien financier au Comité Action Femmes et Sécurité urbaine avec un montant non récurrent de 55 000 $ pour la réalisation et la diffusion d'un rapport sur l'inventaire et l'évaluation de cours d'autodéfense pour femmes offerts sur l'île de Montréal et pour le soutien de la participation des femmes à des cours d'autodéfense.

**Objectif spécifique**

Accroître la sensibilisation des intervenants et assurer la formation et le soutien requis.

**Actions réalisées en 2001-2002**

En matière de violence conjugale, plusieurs activités se sont déroulées. Au niveau des centres hospitaliers, des formations à la dynamique de la violence conjugale ont eu lieu et des stands d'information ont été tenus. Au centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont, des intervenants de certains départements ont été formés pour l'implantation d'un programme intégré de dépistage en violence conjugale dans le cadre d'un projet-pilote.

Tous les CLSC de Montréal ont bénéficié d'une consolidation de la formation au dépistage systématique de la violence conjugale, à l'aide d'un investissement non récurrent de 55 800 $.

La Régie régionale a continué de soutenir des formations à l'approche interculturelle en violence faite aux femmes auprès de divers intervenants et organismes avec un budget non récurrent de 130 000 $.

Quatre journées thématiques ont eu lieu sur les orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle, les ressources pour les victimes d'agression sexuelle, la concertation intersectorielle et sur le projet de loi sur la confidentialité.

De plus, un dépliant sur les ressources en agression sexuelle a été produit et diffusé d'un même qu'un guide de réflexion sur la violence conjugale et les femmes handicapées.

En matière d'agression sexuelle, la Régie régionale a planifié la dispensation de formation aux trousses médicolégales et médicosociales sans prélèvements médicolégaux dans les centres désignés pour les intervenants de tous les secteurs concernés par la problématique des agressions sexuelles. Un budget non récurrent de 115 000 $ a été alloué. La dispensation de formation sur l'entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique a aussi été planifiée. La somme de 98 000 $ non récurrent a été consacrée à cette activité.

**Objectif spécifique**

Prévenir la récidive de la violence faite aux femmes.

**Actions réalisées en 2001-2002**

Le projet d'intervention psychosociale de groupes auprès des enfants témoins de violence conjugale et de leurs mères s'est poursuivi. L'intervention est réalisée par sept CLSC, sept maisons d'hébergement et les deux centres jeunesse auprès de cinq groupes enfants – mères. Un montant de 90 000 $ non récurrent a été consacré cette année à ce projet.

Pour contrer la violence conjugale dans les communautés ethnoculturelles, la Régie régionale a soutenu la production et la diffusion d'un bottin de ressources en matière de violence conjugale dans les communautés ethnoculturelles ainsi que l'élaboration d'une formation en violence conjugale adaptée aux besoins des organismes qui desservent ces communautés.

La diffusion d'outils d'information sur la violence conjugale dans huit communautés ethnoculturelles s'est poursuivie (hispanophone, grecque, lusophone, italienne, arabophone, juive, russe, haïtienne).

Au chapitre des agressions sexuelles, la Régie régionale a effectué le suivi des quatre centres désignés pour l'accueil et les services aux victimes récentes d'agression sexuelle. De plus, elle a vu à l'implantation de l'entente multisectorielle pour les enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques et de négligence. Un budget de 180 000 $ non récurrent a été alloué.

**Objectif spécifique**

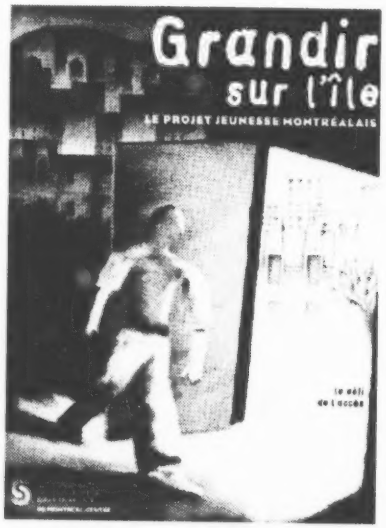
Établir des protocoles de collaboration entre les CLSC, les centres jeunesse et les autres partenaires et mieux coordonner les interventions auprès des victimes et des enfants témoins de violence conjugale.

**Actions réalisées en 2001-2002**

La Régie régionale a constitué un comité de travail intersectoriel pour l'élaboration et la réalisation d'un protocole régional d'intervention auprès des enfants témoins de violence conjugale et de leurs parents, et ce, en lien avec les divers protocoles existants à Montréal. Elle a aussi élaboré un protocole sous-régional d'intervention intersectorielle en lien avec le projet-pilote mis en place à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

## MESURE 10

### Développer un projet jeunesse partagé et mobilisateur




#### Objectif spécifique

Développer, à Montréal, d'ici 2002, un projet jeunesse partagé et mobilisateur à l'intention des jeunes et de leurs parents.

#### Le Projet jeunesse montréalais : des objectifs à poursuivre

Le Projet jeunesse montréalais, dont les orientations ont été adoptées par la Régie régionale de Montréal-Centre en 1998 lors du dépôt de l'avis du Comité de coordination des chantiers jeunesse, a été confirmé dans ses orientations et ses objectifs par le Ministère lors du Forum jeunesse en décembre 2001. Cet avis met l'accent sur l'importance d'actions intersectorielles sur une base locale, tel le territoire de CLSC, reconnaissant à ceux-ci le statut de voie d'accès unique à l'ensemble des services fournis par le réseau de la santé et des services sociaux. Le développement d'interventions en amont de la Protection de la jeunesse figure au premier plan des stratégies énoncées. La Régie régionale a donc poursuivi au cours de l'année des travaux visant à la fois au soutien de l'articulation CLSC-Centres jeunesse et à l'élaboration de dossiers régionaux venant soutenir les équipes territoriales dans l'élaboration de leurs plans d'action.

#### Objectif spécifique

Développer quatre programmes spécifiques d'intervention dans le but de lutter plus efficacement contre la négligence parentale, la violence familiale à l'endroit des enfants, la violence à l'adolescence, l'exclusion et la marginalisation.

#### Activités réalisées en 2001-2002

L'intervention psychosociale de groupes auprès d'enfants témoins de violence conjugale et de leur mère s'est poursuivie.

La Régie régionale a favorisé l'établissement de concertations visant l'application, dans la région de Montréal, de l'Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique.

Le développement de l'accès à des services de santé et des services sociaux dans les CLSC pour les jeunes marginaux s'est concrétisé par la mise en place de la Clinique des jeunes de la rue du CLSC des Faubourgs et du Café Ketch où le CLSC Plateau Mont-Royal offre des services médicaux et psychosociaux aux jeunes de la rue. Les services de soutien et d'accompagnement assurés par les organismes communautaires aussi subventionnés par le même programme sont toujours actifs.

**Objectif spécifique**

Accentuer le renforcement des interventions de prévention/promotion ou de toutes formes d'interventions réalisées en amont.

**Activités réalisées en 2001-2002**

La Régie régionale a réalisé des travaux permettant d'identifier les programmes de services à transformer afin de développer l'intervention en amont à la Protection de la jeunesse en centres jeunesse. Elle a travaillé avec les centres jeunesse et les CLSC en vue de la mise en place de services de première ligne visant le développement de l'intervention en amont de la Protection de la jeunesse.

**Objectif spécifique**

Assurer, dans chacun des territoires de CLSC et au plan régional, une meilleure accessibilité des services.

**Activités réalisées en 2001-2002**

Des travaux importants ont été effectués cette année dans le développement de l'articulation entre les centres jeunesse et les CLSC et ils se sont concrétisés, en juin 2001, par la publication du Guide de collaboration CLSC-CJ. L'appropriation de cette entente a fait l'objet de séances de formation auprès des professionnels des deux types d'établissements dans plusieurs territoires de CLSC. La formation « Travaillons ensemble » a aussi été transmise dans plusieurs territoires en présence des professionnels provenant des CLSC et des centres jeunesse.

Au cours de l'année, une somme de 1,7 M$, sur une base annuelle de 2,9 M$, a été répartie entre les CLSC de la région de Montréal afin de consolider les services en postnatal ainsi que les services psychosociaux.

**Objectif spécifique**

Mettre en place, dans chacun des territoires de CLSC et au niveau régional, des mécanismes de coordination et de concertation visant le renforcement de l'unité d'action des acteurs sectoriels et intersectoriels.

**Activités réalisées en 2001-2002**

La Régie régionale anime un comité de travail visant l'articulation des collaborations et des protocoles d'entente entre les centres jeunesse et les CLSC dans l'actualisation du Guide de collaboration qu'ils ont signé.

**Objectif spécifique**

Consolider et assurer une meilleure intégration des services spécialisés en appui à l'intervention conduite près des milieux naturels de vie.

**Activités réalisées en 2001-2002**

À la demande du Ministère, la Régie régionale a produit un état de situation régional sur les services offerts aux enfants âgés entre 0 et 17 ans dans les lieux spécialisés où l'on offre de l'hébergement (santé mentale, déficience physique et intellectuelle, adaptation sociale). Des pistes de solution ont aussi été dégagées.

## MESURE 11

**Alcoolisme/ toxicomanie : se donner un plan régional d'action intersectoriel**

**Objectif spécifique**

Assurer l'accès à des services de traitement à la méthadone pour les héroïnomanes sur l'ensemble de l'île de Montréal.

**Actions réalisées en 2001-2002**

Le programme de traitement à la méthadone continue d'évoluer et rejoint maintenant 1 198 héroïnomanes provenant de la seule région de Montréal, comparativement à 1 112 l'année passée (données de la RAMQ 2001-2002). Dans la région de Montréal, 71 médecins œuvrent à l'intérieur de quatre programmes spécialisés. Au cours de l'année 2001-2002, des efforts particuliers ont été déployés en vue de recruter des médecins prescripteurs pour offrir le traitement à d'autres patients. En plus de la formation aux médecins omnipraticiens, le Service d'appui méthadone offre du support professionnel aux médecins et aux intervenants de l'ensemble du Québec.

**Objectif spécifique**

Étendre à toute l'île de Montréal l'application du programme régional en promotion de la santé et prévention des toxicomanies.

**Actions réalisées en 2001-2002**

Dix-huit (18) territoires de CLSC continuent de s'impliquer dans le milieu par l'animation des tables de concertation des intervenants en vue de prévenir la toxicomanie. Les nouvelles orientations du Ministère présentées dans le document intitulé Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie nous invitent à développer des interventions de prévention auprès des personnes vulnérables dans le but de réduire les risques associés à la consommation. Au cours de 2001-2002, la Régie régionale a soutenu financièrement à nouveau le programme Alcochoix qui vise la réduction de la consommation d'alcool chez les grands buveurs.

**Objectif spécifique**

Améliorer le dépistage et l'intervention précoce et augmenter l'accessibilité aux services offerts en CLSC aux alcooliques et toxicomanes.

**Actions réalisées en 2001-2002**

Outre leurs activités dans le domaine de la prévention, les CLSC du centre-ville de Montréal sont de plus en plus actifs dans l'offre de services aux personnes toxicomanes et aux jeunes marginaux : programme d'échange de seringues, médecins prescripteurs de méthadone, cliniques spécialisées pour les jeunes de la rue, services aux personnes itinérantes. La Régie régionale est un lieu de concertation des intervenants de

première ligne à qui elle offre l'occasion de participer à des groupes de travail et à des programmes de formation adaptée dans le domaine de la toxicomanie : réduction des méfaits, intervention auprès de la clientèle à multiples problèmes, comité de suivi sur les jeunes de la rue.

**Objectif spécifique**

Développer des services complémentaires auprès des personnes aux prises avec des problèmes d'alcoolisme-toxicomanie et de santé mentale.

**Actions réalisées en 2001-2002**

Pour les personnes affectées de problèmes de santé mentale doublés de toxicomanie, la mise sur pied de la Clinique Cormier-Lafontaine dans un centre de réadaptation en toxicomanie a suscité une demande de services pour une clientèle qui n'était pas desservie adéquatement par le passé. En plus des services de consultation spécialisée, la clinique répond à un grand nombre de demandes de formation des intervenants autant du secteur de la psychiatrie que de la toxicomanie.

**Objectif spécifique**

Améliorer l'accessibilité aux services en alcoolisme et en toxicomanie pour la clientèle anglophone.

**Actions réalisées en 2001-2002**

Le projet Portage/Batshaw accueille en traitement interne plus de 24 jeunes anglophones en provenance de toutes les régions du Québec. Pour sa part, l'urgence du Centre Dollard-Cormier accueille également la clientèle anglophone en collaboration avec le Pavillon Foster. Des services adultes internes et externes et jeunes externes sont offerts par le Pavillon Foster ainsi que par le Pavillon Saint-Luc du CHUM et par l'Hôpital général de Montréal. L'Hôpital Général Juif offre un programme de traitement à la méthadone pour les héroïnomanes.

**Objectif spécifique**

Développer des services en toxicomanie pour les personnes détenues dans les établissements provinciaux de Montréal.

**Actions réalisées en 2001-2002**

Montréal compte trois établissements provinciaux de détention. Les services en toxicomanie y sont

pratiquement inexistants si ce n'est les services offerts par le CLSC Ahuntsic pour la prévention et le traitement du VIH qui touche un grand nombre de toxicomanes en prison. Au cours de 2001-2002, la Régie régionale a entrepris des discussions avec les représentants des services correctionnels en vue d'appuyer leurs interventions, notamment dans le domaine de la poursuite du traitement à la méthadone pendant l'incarcération.

**Objectif spécifique**

Développer les initiatives communautaires et le contrôle de la qualité des services en toxicomanie offerts par le secteur privé.

**Actions réalisées en 2001-2002**

La Régie régionale collabore avec le Ministère à l'application du cadre normatif en vue de la certification des organismes privés ou communautaires intervenant en toxicomanie et offrant de l'hébergement. Au cours de l'année, un organisme a été accrédité alors que d'autres ont entrepris la démarche d'accréditation. La Régie régionale intervient également auprès des organismes privés en toxicomanie qui font l'objet de plaintes de la part du public.

## LES PERSONNES ITINÉRANTES

**Objectif spécifique**

Améliorer l'intégration des actions visant les personnes itinérantes dans les continuums de services de santé physique, santé mentale, déficience intellectuelle, alcoolisme, toxicomanie, sida et assurer l'accès aux services.

**Actions réalisées en 2001-2002**

Le comité de liaison en itinérance de la Régie régionale a poursuivi ses travaux en partenariat avec la Ville de Montréal et les organismes communautaires en itinérance. Deux dossiers principaux ont fait l'objet de travaux du comité : la mise en place d'un mécanisme d'urgence pour l'hébergement des personnes itinérantes pendant la saison froide afin de répondre au débordement des ressources existantes et l'adoption d'un plan d'action communautaire afin de mettre en œuvre des projets pour venir en aide aux

sans-abri dans le cadre de l'entente fédérale/provinciale « Initiative de partenariats en action communautaire (IPAC) ». Afin d'éviter que des personnes se retrouvent sans lieu d'hébergement, le mécanisme d'hébergement d'urgence a fonctionné 24 heures sur 24 du 1er décembre 2001 au 30 avril 2002. Dans le cadre de l'IPAC, la Régie régionale a approuvé 103 projets pour un financement total de 26,7 M$.

## LE LOGEMENT SOCIAL

La Régie régionale a reconnu l'importance de cette question et l'a ajoutée à ses priorités au cours de l'année 2001-2002. En collaboration avec ses partenaires - la Ville de Montréal, la Société d'habitation du Québec et le ministère des Affaires municipales et de la Métropole - elle a initié des travaux en vue d'assurer le financement des services de support communautaire en logement.

## LES SERVICES POUR LES JOUEURS PATHOLOGIQUES

À titre de coordonnatrice d'un site expérimental pilote comprenant les régions de Montréal, Laval et Montérégie, la Régie régionale devait, dans la première phase d'implantation du programme expérimental, rendre accessibles des services de traitement au niveau du site pilote de même que des services d'intervention en situation de crise au Casino de Montréal.

À ce chapitre, les réalisations pour l'année 2001-2002 sont la mise en place d'une structure de coordination afin de favoriser l'implantation des services dans les trois régions du site et leur accessibilité (traitement, intervention en situation de crise) en collaboration avec les organismes concernés. De plus, la Régie régionale a travaillé au développement d'un guide d'intervention en situation de crise et à la production d'un protocole d'entente entre les établissements des trois régions (mécanisme d'accès interrégional). Au cours de l'année 2001-2002, 34 clients ont eu accès au service d'intervention en situation de crise au Casino et 1 155 clients ont eu accès aux services de traitement sur le site pilote.

## LES SERVICES EN SIDA

La Régie régionale a poursuivi en 2001-2002 la mise en œuvre du plan d'action régional en matière de soins et de services à l'intérieur d'un continuum qui intègre les activités de promotion et de prévention.

**Objectif spécifique**

Développer un plan d'action régional de prévention et de promotion à l'égard du VIH et des autres MTS et un plan de prévention destiné aux personnes toxicomanes utilisatrices de drogues injectables.

**Actions réalisées en 2001-2002**

Plusieurs interventions spécifiques ont permis d'améliorer la vaccination contre l'hépatite A et B en collaboration avec les organismes communautaires et les CLSC des territoires à forte concentration de personnes vulnérables à l'infection.

**Objectif spécifique**

Revoir, adapter et assurer l'accessibilité à des services spécialisés de première ligne (incluant le dépistage et le maintien à domicile), à des services de courte durée en centre hospitalier incluant l'accès à des services ultraspécialisés offerts par les unités hospitalières de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS), et à des services d'hébergement et de soutien dans la communauté aux personnes vivant avec le VIH-Sida (PVVIH).

**Actions réalisées en 2001-2002**

- **En première ligne**

  L'utilisation du Fonds régional SIMAD-sida (SIMAD : services intensifs de maintien à domicile) a été modifiée et fait maintenant partie d'un budget global qui soutient l'offre de services diversifiés de première ligne destinés aux PVVIH. Le mode de gestion a été décentralisé et la répartition budgétaire s'est faite en fonction des territoires des CLSC possédant une forte concentration de PVVIH.

- **Courte durée**

  Les professionnels de l'équipe mobile de l'Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida du CHUM ont été intégrés au personnel régulier de ce même établissement.

- **Organismes communautaires**

  Il y a eu révision et adaptation de l'application des orientations inscrites dans le cadre de référence du programme de soutien aux organismes communautaires de la catégorie sida en lien avec l'hébergement communautaire.

**Objectif spécifique**

Assurer le renforcement de mécanismes de soutien au développement des compétences des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux.

**Actions réalisées en 2001-2002**

Les activités de formation des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et communautaires en lien avec l'adaptation des pratiques en fonction des nouvelles approches en matière de VIH/Sida se sont poursuivies.

## MESURE 12

**Intégrer des mesures efficaces de prévention et de promotion au sein de chacun des continuums de services**

Comme le lecteur a pu le constater à la lecture du présent rapport, les mesures de prévention et de promotion ont été présentées à l'intérieur de chaque continuum de services.

# 4

## Amélioration des services


**Les plaintes traitées selon la procédure d'examen des plaintes . . . . . 88**

Portrait global . . . . . 88

Les établissements . . . . . 88

Les objets de plaintes . . . . . 89

Les thématiques . . . . . 89

**Le programme d'amélioration continue de la qualité des services . . . . . 90**

## LES PLAINTES TRAITÉES PAR LA RÉGIE RÉGIONALE SELON LA PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES

### Portrait global

Au cours de l'année 2001-2002, le Service conseil et aide à la clientèle a répondu à 7 827 demandes d'information, soit 39 demandes de plus qu'en 2000-2001, et a complété l'examen de 215 dossiers de plaintes, ce qui constitue une augmentation de 16 % par rapport à l'année dernière. Cependant, ce volume se situe dans la moyenne générale enregistrée depuis le début du régime.

Les plaintes selon la loi comprenaient 420 objets. Dans 26 % des cas, des mesures correctives ont été identifiées. Les mesures correctives appliquées ou recommandées totalisent 156 interventions dont les principales touchent : la révision de la procédure d'examen des plaintes, l'amélioration des communications, la régulation du processus d'accès, des ajustements d'ordre administratif et professionnel.

Les 22 dossiers de plaintes concernant les ressources d'habitation privées comptaient 52 objets d'insatisfaction. Dans 38 % des cas, des mesures correctives ont été appliquées ou recommandées. L'encadrement et la formation des intervenants, l'organisation des services, les visites de contrôle de la qualité et la cessation de services sont les principales interventions.

### Les établissements

Le nombre de plaintes formulées selon les missions d'établissements se répartit de la façon suivante :

| | |
|---|---|
| Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés | 64 |
| Centres locaux de services communautaires | 38 |
| Centres d'hébergement et de soins de longue durée | 24 |
| Centres jeunesse | 16 |
| Centres hospitaliers de soins psychiatriques | 6 |
| Centres de réadaptation | 4 |
| **Total :** | **152** |

Note : Au moment de produire ce document, la Régie régionale ne disposait pas encore de toute l'information nécessaire lui permettant de produire le rapport consolidé des établissements.

**Tableau 36** Bilan des activités du 1er avril 2001 au 31 mars 2002

| | 2000-2001 Nombre | 2001-2002 Nombre |
|---|---|---|
| Demandes d'information | 7788 | 7827 |
| Plaintes selon la loi | 185 | 215 |
| Ressources d'habitation privées | 18 | 22 |

**Tableau 37** Dossiers traités par la Régie régionale du 1er avril 2001 au 31 mars 2002

| Catégorie | Plaintes | Objets | Mesures correctives |
|---|---|---|---|
| Plaintes selon la loi | 215 | 420 | 26 % |
| Ressources d'habitation privées | 22 | 52 | 38 % |
| **Total** | **237** | **472** | **28 %** |

**Tableau 38** Plaintes traitées par la Régie régionale du 1er avril 2001 au 31 mars 2002

| | 2000-2001 | | 2001-2002 | |
|---|---|---|---|---|
| | Nombre | % | Nombre | % |
| Établissements | 126 | 68 | 152 | 71 |
| Régie régionale | 14 | 8 | 26 | 12 |
| Services préhospitaliers d'urgence | 18 | 10 | 20 | 9 |
| Organismes communautaires | 27 | 15 | 17 | 8 |
| **Total** | **185** | **100** | **215** | **100** |

## Les objets de plaintes

Au cours de l'année 2001-2002, nous avons enregistré une augmentation de 11 % des objets de plaintes dans les plaintes selon la loi. L'accessibilité et la continuité des services demeurent en tête de liste des insatisfactions signalées par la population (26 %). Les principaux motifs de plaintes touchent, par ordre d'importance : les délais dans l'obtention des services, le droit de porter plainte, les communications avec l'entourage et le refus de services.

À propos des plaintes touchant les ressources d'habitation privées les principaux motifs sont : l'organisation des soins et services et le respect de la personne.

## Les thématiques

Au cours des deux dernières années, les activités du Service conseil et aide à la clientèle en vue de corriger les lacunes notamment structurelles et systémiques susceptibles de nuire à l'accessibilité aux services ainsi qu'à la qualité de ceux-ci visaient :

- La modernisation de la politique de sectorisation en santé mentale par la mise en œuvre d'un système d'accès complet (mécanismes de coordination, d'évaluation et de suivi) afin d'améliorer l'équité quant au choix de la ressource par les usagers (services psychiatriques des centres hospitaliers) tout en intégrant la notion de territorialité afin de favoriser le développement de l'approche milieu et communautaire;
- Le soutien aux efforts entrepris par les organismes communautaires qui travaillent en santé mentale afin d'offrir aux intervenants un programme de formation axé sur l'amélioration continue de la qualité et de l'accueil des clients difficiles;
- L'amélioration des mécanismes d'accès aux centres d'hébergement et de soins de longue durée afin d'assurer la meilleure gestion possible de l'hébergement de transition, du système de priorité et de favoriser la réunion des couples (respect du choix de la ressource, continuité des soins et services et traitement équitable dans le processus d'accès);
- L'accès accru aux services des CLSC (clarification des programmes de gratuité concernant les services d'aide domestique pour la clientèle handicapée, l'accès aux soins infirmiers pour les usagers qui résident dans des ressources d'habitation privées) ainsi que l'uniformisation et l'adaptation des pratiques concernant l'accès aux services courants pour l'ensemble de la clientèle;

**Tableau 39** **Objets de plaintes selon la loi du 1er avril 2001 au 31 mars 2002**

| Catégorie d'objets | 2000-2001 | | 2001-2002 | |
|---|---|---|---|---|
| | Nombre | % | Nombre | % |
| Accessibilité et continuité des services | 107 | 28 | 109 | 26 |
| Soins et services dispensés | 74 | 20 | 84 | 20 |
| Relations interpersonnelles | 50 | 13 | 63 | 15 |
| Environnement et ressources matérielles | 50 | 13 | 48 | 11 |
| Aspect financier | 46 | 12 | 53 | 13 |
| Droits particuliers | 49 | 13 | 63 | 15 |
| Autres objets de demandes | 1 | — | — | — |
| **Total** | **377** | **100** | **420** | **100** |

**Tableau 40** **Objets de plaintes - Ressources d'habitation privées du 1er avril 2001 au 31 mars 2002**

| Catégorie d'objets | 2000-2001 | | 2001-2002 | |
|---|---|---|---|---|
| | Nombre | % | Nombre | % |
| Accessibilité et continuité des services | 6 | 13 | 2 | 4 |
| Soins et services dispensés | 9 | 19 | 15 | 29 |
| Relations interpersonnelles | 10 | 21 | 10 | 19 |
| Environnement et ressources matérielles | 22 | 47 | 23 | 44 |
| Aspect financier | — | — | 2 | 4 |
| **Total** | **47** | **100** | **52** | **100** |

- L'amélioration des pratiques et des approches concernant le recours aux nouvelles technologies, l'utilisation d'un lève-personne par exemple, afin d'apaiser les peurs et l'anxiété des personnes en situation de dépendance et de très grande vulnérabilité;
- L'amélioration de la continuité des services dans les centres jeunesse pour les jeunes en difficulté et leur famille;
- Un meilleur accès aux services de contrôle de la qualité pour les personnes âgées qui logent dans les ressources d'habitation privées.

**Tableau 41 Données sur le régime des plaintes du 1er avril 2001 au 31 mars 2002**

- 86 % des plaintes sont déposées par écrit
- 53 % des plaintes sont formulées par l'usager
- Ce sont les familles qui assistent majoritairement les usagers
- Le CAAP – Montréal a prêté assistance dans 33 % des cas
- 49 % des plaintes ont été traitées en deçà de 60 jours
- 45 demandes de révision ont été adressées au Commissaire aux plaintes

## LE PROGRAMME D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SERVICES

La Régie régionale a poursuivi une approche intégrée et généralisée d'amélioration continue pour tous en vue de faire progresser la qualité et la satisfaction de la population, l'efficience et l'impact sur la santé et le bien-être dans tous les continuums de services.

### Étude sur les attentes et sur la satisfaction des usagers montréalais de l'an 2001

Avec la participation de la firme Zins Beauchesne et associés, la Régie régionale a suivi l'évolution de la satisfaction des usagers et effectué une quatrième étude sur la satisfaction des Montréalaises et Montréalais à l'égard des services de santé et des services sociaux.

Forte d'un concept de service renouvelé comportant 44 attentes, organisées dans un cadre conceptuel en trois secteurs et 12 dimensions, la Régie a réalisé une étude auprès de 2006 Montréalaises et Montréalais. L'utilisation de la méthode d'échantillonnage aléatoire a permis d'obtenir des résultats hautement précis et une représentativité de l'ensemble de la population. Les entrevues terminées permettront de constater l'évolution de la réponse apportée aux attentes de la population. De plus, l'ajout de certaines questions permet de comparer les résultats avec ceux d'autres régions du Québec, de provinces canadiennes et même d'autres pays.

### Collaboration avec d'autres instances

En cours d'année, la Régie régionale de Montréal-Centre a continué sa collaboration avec les régies régionales suivantes pour la mise en place de programmes d'amélioration continue dans leurs régions

respectives : la Régie régionale de Laval, la Régie régionale des Laurentides, la Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec et la Régie régionale de l'Outaouais.

### Maillage avec les instances externes

La Régie régionale de Montréal-Centre a participé à la préparation du programme franco-québécois de diplôme d'études supérieures en qualité, évaluation, organisation et performance dans les établissements de santé (QUÉOPS). La Direction des ressources humaines, conjointement avec la Direction des relations avec la communauté, a offert une bourse d'études aux personnes de la région de Montréal qui se sont inscrites à cette formation. De plus, la régie régionale a participé à plusieurs sessions de formation sur la régionalisation, sur les rôles et les fonctions de la Régie régionale de Montréal-Centre et sur la gestion de la qualité des services et la satisfaction des usagers en collaboration avec l'Université de Montréal et l'Université McGill.

### Support aux conseils d'administration dans le recrutement, la sélection et la nomination des directeurs généraux

La Régie régionale a soutenu les conseils d'administration des établissements dépourvus d'un titulaire permanent au poste de directeur général. Les représentants de la Régie régionale ont participé aux travaux de 8 comités de sélection dans divers établissements.

La Régie régionale a également révisé et mis à jour un guide pour le recrutement, la sélection et la nomination des directeurs généraux des établissements publics destiné aux membres des conseils d'administration et les membres des comités de sélection.

### Soutien aux établissements pour assurer le bon fonctionnement des comités des usagers

#### Conseils et soutien aux établissements

Au cours de l'année, la Régie régionale a répondu à de nombreuses demandes d'aide ou de conseils de la part des établissements. Comme dans le passé, les demandes ont été adressées par les membres des comités des usagers et elles concernaient les rôles et fonctions du comité des usagers et plus particulièrement en ce qui concerne la satisfaction des usagers. Un guide sur la création et le fonctionnement du comité des usagers dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux a été produit à leur intention. Ce guide contient plusieurs outils de travail faciles d'accès pour les membres des comités.

### Fonctionnement des comités des usagers

Sur les 115 établissements tenus de former un comité des usagers au 31 mars 2001, 111 comités étaient en fonction dont 85 % ont déposé copie de leur rapport annuel à la Régie régionale.

Le tableau ci-contre illustre le nombre de comités en fonction et ayant déposé un rapport d'activités pour l'année précédente.

**Tableau 42** **Comités des usagers au 31 mars 2002**

| Établissements | Nbre obligatoire | Nbre en place | Nbre de rapports |
|---|---|---|---|
| CLSC | 3 | 3 | 3 |
| CHSGS | 15 | 15 | 13 |
| CHSP | 4 | 4 | 4 |
| CHSLD | 76 | 75 | 66 |
| CR | 15 | 3 | 10 |
| CJ | 2 | 2 | 2 |
| **Total** | **115** | **111** | **98** |

## Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux, édition 2001

En juin 2001 les nouveaux prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux ont vu le jour et ont remplacé les anciens prix Persiller-Lachapelle. Des prix ont été attribués pour trois établissements et organismes de la région de Montréal-Centre.

**Tableau 43** **Lauréats des Prix d'excellence édition 2001**

| Catégorie | | Prix | Organisme/établissement |
|---|---|---|---|
| Organismes communautaires | Prévention, promotion et protection de la santé et du bien-être | Prix d'excellence | Autisme et troubles envahissants du développement Montréal |
| Établissements | Accessibilité aux soins et aux services | Mention d'honneur | CLSC du Plateau Mont-Royal |
| | Valorisation et mobilisation des ressources humaines | Prix d'excellence | Les résidences Laurendeau, Légaré, Louvain |

# 5

## Les ressources humaines

**Deux grands chantiers**


**Chantier 1 : La valorisation du personnel d'encadrement ..... 94**

**Chantier 2 : La mobilité professionnelle et le maintien des compétences ..... 97**

## CHANTIER 1
## LA VALORISATION DU PERSONNEL D'ENCADREMENT

### Objectif spécifique

Contribuer au repositionnement et à la revalorisation du rôle et du statut de cadres.

Afin d'atteindre ses objectifs, le Secteur planification et développement régional du personnel d'encadrement s'est donné quatre priorités d'action :

- Le développement d'une relève pour les postes cadres de niveau intermédiaire en priorisant là où il existe une pénurie;
- La poursuite de l'implantation de la politique nationale de développement pour le personnel cadre déjà en exercice;
- L'identification et le développement d'une relève pour les postes de la catégorie cadre supérieur;
- La mise en place de certains moyens favorisant l'attraction et la rétention de main-d'œuvre.

### Actions réalisées en 2001-2002

#### Priorité 1 - Le développement d'une relève pour les postes cadres de niveau intermédiaire en priorisant là où il existe une pénurie

La Régie régionale a entrepris, il y a quelques années, de mettre en relief les conséquences des programmes de départ et d'anticiper les effets du vieillissement des cadres du réseau. En décembre 2001, la Régie régionale convoquait les directeurs généraux afin de démarrer le processus de planification de la main-d'œuvre et de gestion de la relève.

Dans cette perspective, 101 établissements ont transmis le portrait de leur main-d'œuvre à la Régie régionale. Les données consolidées indiquent que 37,7% des cadres intermédiaires ont 52 ans et plus (934/2477) et sont donc susceptibles de prendre leur retraite dans les prochaines années. Une démarche d'identification et de planification de la relève pour le niveau cadre intermédiaire a été mise sur pied avec la collaboration du Centre de référence des directeurs généraux et des cadres afin d'appuyer les établissements.

Un programme académique en gestion et développement des organisations a été mis sur pied, développé et diffusé par l'Université Laval. Ce programme vise à développer la future génération des cadres de la santé. L'objectif est d'avoir 130 personnes inscrites au 31 décembre 2002. À ce jour, un groupe de 25

cadres intermédiaires en exercice ayant moins d'un an d'ancienneté a débuté le programme au printemps 2002. Le programme académique est axé sur le profil de Compétences 2000+ qui favorise le réseautage, encourage l'apprentissage dans l'action et est orienté vers le transfert des apprentissages.

De plus, des mesures de financement de 508 790 $ destinées aux établissements ont été mises en place afin de soutenir les coûts reliés à l'évaluation de potentiel et au programme de développement de la relève.

Des travaux sont déjà amorcés en vue de développer un programme d'intégration à la fonction cadre intermédiaire. Ce programme permettra d'intégrer plus rapidement le nouveau gestionnaire dans son poste afin d'assurer plus rapidement une maîtrise des différents outils de ses nouvelles fonctions. Un programme générique d'intégration à la fonction cadre intermédiaire sera mis sur pied vers la fin de l'année 2002.

**Priorité 2 - La poursuite de l'implantation de la politique nationale de développement pour le personnel cadre déjà en exercice**

À la suite à des recommandations d'établissements, la Régie régionale a simplifié les niveaux d'atteinte des compétences et a identifié des indicateurs plus mesurables de la Trousse Compétence 2000+, rendant plus accessible l'outil pour les établissements. La Régie régionale a diffusé la Trousse Compétence 2000+ et a fourni un répertoire de moyens de développement des compétences à 38 établissements et à huit régies, grâce à des ententes nationales. Une formation a été offerte à 36 responsables du dossier dans les établissements afin de faciliter l'implantation de la politique nationale et d'une approche de développement par compétences. La Trousse Compétence 2000+, une approche intégrée de développement des compétences a connu beaucoup de succès et est devenue la référence au plan national et dans les autres régions.

**Priorité 3 - L'identification et le développement d'une relève pour les postes de la catégorie cadre supérieur**

La Régie régionale a amorcé le développement d'une démarche d'identification et de développement de la relève des cadres supérieurs. Le programme et les outils développés dans le cadre de ce projet seront disponibles aux établissements vers la fin de l'année 2002.

**Priorité 4 - La mise en place de certains moyens favorisant l'attraction et la rétention de main-d'œuvre**

Dans un contexte de pénurie engendré par les départs prévus au cours des quatre prochaines années, il apparaît évident que les actions de la Régie régionale doivent non seulement porter sur l'identification, l'attraction et le développement de la relève, mais aussi sur le prolongement de la carrière des cadres en exercice. Une équipe a été mise sur pied pour élaborer une stratégie d'extension de la vie professionnelle axée sur les attentes exprimées par les cadres dans le rapport Saba-Guérin ainsi que sur les besoins futurs du réseau. Les résultats attendus de ce projet sont :

- l'élaboration d'une offre relative à l'aménagement du travail et aux conditions d'exercice qui tiennent compte à la fois des attentes des cadres et des besoins et contraintes du réseau;
- le développement d'une instrumentation permettant aux établissements l'identification d'un nombre substantiel de cadres dont les motivations sont porteuses;
- la gestion personnalisée du prolongement de la carrière de certains et le départ à la retraite des autres;
- la sauvegarde de l'expertise de tous et le transfert de leurs connaissances aux nouveaux gestionnaires;
- un impact positif sur l'intégration des nouveaux cadres dans leurs fonctions.

La fin de ce projet est prévu pour décembre 2002.

Le site de recrutement en ligne mis en place en novembre 2001 a été amélioré en mars 2002 afin de mieux répondre à la demande. En avril 2002, la Régie régionale a signé des ententes avec 16 régies concernant l'utilisation du site de recrutement. Depuis la signature de ces ententes, il y a deux fois plus d'affichages. L'augmentation s'observe surtout dans la région de Montréal. Ce site de recrutement est un moyen efficace qui comporte plusieurs avantages pour les établissements : il permet d'afficher plus rapidement les postes auprès du public et de recevoir directement en ligne les curriculum vitae des postulants et de réduire les coûts de recrutement.

En mars 2002 se sont amorcés des travaux afin de développer et implanter un portail ressources humaines qui visera à rendre accessibles au personnel divers outils et renseignements sur les pratiques actuelles en gestion stratégique des ressources humaines. Le portail sera implanté à l'automne 2002.

## CHANTIER 2
## LA MOBILITÉ PROFESSIONNELLE ET LE MAINTIEN DES COMPÉTENCES

### Objectif spécifique

Doter la région d'un véritable plan de main-d'œuvre et de mobilité de carrière du personnel d'encadrement.

### Actions réalisées en 2001-2002

La situation de la main-d'œuvre en soins infirmiers est demeurée préoccupante au cours de l'année, amenant la Régie régionale à en suivre l'évolution de très près au moyen d'un plan d'action avec des mesures de soutien aux établissements.

En effet, à la suite d'un colloque régional sur la planification de main-d'œuvre infirmière, la Régie régionale a mis en œuvre un plan d'action comprenant trois volets de mesures spécifiques pour atténuer les impacts de la pénurie, particulièrement durant la période estivale. Le premier volet concerne la formation d'infirmières en spécialités pour lequel vingt-deux établissements se sont partagé un budget régional de plus de 500 000 $, permettant ainsi d'assurer la formation de 605 infirmières dans les diverses spécialités de soins. Un deuxième volet concerne la gestion de la présence au travail avec un soutien de la Régie régionale auprès des établissements en difficulté pour l'introduction de mesures d'amélioration des conditions de travail. Le troisième volet concerne une aide-conseil aux établissements engagés dans un processus de révision de l'organisation du travail dans le secteur des soins infirmiers. L'ensemble de ces mesures a représenté une aide totale de plus de 700 000 $ et nécessité l'apport d'une équipe d'experts-conseils.

Parmi les autres mesures du plan d'action, on retrouve l'implantation d'un monitorage de la situation de main-d'œuvre infirmière s'intégrant avec les données relatives à l'utilisation du temps supplémentaire et à l'assurance-salaire. De plus, pour assurer une meilleure articulation de la planification de la main-d'œuvre, des actions de collaboration et d'échanges d'information se sont intensifiées avec les représentants des institutions d'enseignement.

À la suite d'une recommandation des gestionnaires du milieu, la Régie régionale a implanté un bulletin d'information en ressources humaines afin de faciliter la circulation d'information et de supporter les actions en planification de main-d'œuvre, en organisation du travail et pour mieux faire connaître les initiatives locales en ces domaines et toutes actions favorisant une mobilisation du personnel.

En matière de promotion de la main-d'œuvre, la Régie régionale a de nouveau assuré la représentation du réseau socio-sanitaire montréalais au Salon de l'emploi, en coordonnant les activités d'un kiosque auquel plusieurs catégories d'établissements et d'ordres professionnels ont participé. Cet événement annuel a encore une fois contribué à apporter une visibilité positive aux employeurs du réseau. De plus, la Régie régionale a poursuivi sa collaboration à la publication annuelle du Guide de l'emploi. Cet outil de référence, diffusé à des fins d'orientation professionnelle à l'ensemble des maisons d'enseignement, est parrainé par le ministère du Travail. Elle y fait valoir, notamment, les secteurs d'activités spécifiques et les titres d'emploi où l'on prévoit d'importants besoins de main-d'œuvre.

### Objectif spécifique

Améliorer les conditions de replacement et de mobilité professionnelle au sein de la région.

### Actions réalisées en 2001-2002

En 2001-2002, les activités du service régional de main-d'œuvre ont contribué à réduire à 88 le nombre de personnes inscrites. Le tableau ci-contre présente l'évolution des dossiers relatifs au personnel en sécurité d'emploi.

D'autre part, le plan d'action spécial visant à réduire les coûts de sécurité d'emploi a permis d'apporter une solution permanente au dossier d'environ vingt personnes salariées inscrites en sécurité d'emploi. Des moyens d'action tels que le recyclage et la mise à niveau des connaissances facilitent le placement des personnes salariées sécuritaires qui présentaient une ou des problématiques de replacement liées à la formation, à la faible demande dans leur secteur d'emploi, à la langue ou à des limitations fonctionnelles.

La Régie régionale a poursuivi son soutien aux différents intervenants associés aux dossiers de changements dans le cadre du Défi de l'accès, notamment dans les secteurs de services reliés à la jeunesse et à la santé mentale. En santé mentale plus particulièrement, le projet de transfert de clientèles vers le réseau de la réadaptation a nécessité l'élaboration, avec les établissements et partenaires concernés, de divers scénarios de replacement du personnel affecté par ces mesures.

Les plans d'action et les mesures mises de l'avant par la Régie régionale ont fait l'objet d'échanges au comité régional des personnes salariées, lequel a été mis sur pied pour coordonner sur une base régionale la planification et la mobilité des personnes salariées. Ce comité agit comme mécanisme d'échange d'information et de concertation pour le suivi des dossiers régionaux relatifs à la main-d'œuvre salariée. Les associations d'employeurs, de salariés et des partenaires tels que le ministère de l'Éducation du Québec et

**Tableau 44** **Service régional de main-d'œuvre au 31 mars 2002**

| | Nombre de salariés | Nombre de requêtes |
|---|---|---|
| Inscrits au 1er avril 2001 | 118 | 72 |
| Inscrits en cours d'année 2001-2002 | 64 | 4354 * |
| Fermeture de dossiers | 94 | |
| Inscrits au 31 mars 2002 | 88 | 27 |

*plus de la moitié des requêtes proviennent des secteurs des soins

le ministère de la Solidarité sociale y sont représentés.

Depuis le début de la transformation du réseau et pour l'ensemble des quatre années du plan régional d'amélioration des services, la Direction des ressources humaines a traité plus de 21 000 requêtes de tous les secteurs d'activités, représentant autant de mouvements de personnels au sein et entre les établissements pour ce mécanisme conventionné de gestion régionale de la main-d'œuvre. De ce total de requêtes traitées, on en compte 6 395 pour des postes d'infirmières, 777 pour des postes d'infirmières auxiliaires et 5 413 dans le secteur paratechniques et soins infirmiers.

### Objectif spécifique

Supporter les directions d'établissements dans leurs efforts pour maintenir les compétences de leur personnel.

### Actions réalisées en 2001-2002

La Régie régionale a poursuivi le soutien et la coordination d'une quinzaine de projets de formation-réseau à l'intention des intervenants de toutes les catégories d'établissements et d'organismes communautaires. Les projets de formation se répartissent dans les six continuums de services et visent le développement des compétences des intervenants, en lien avec les changements et les mesures d'amélioration des services du plan 1998-2002. Ainsi, les 17 projets régionaux de formation offerts ont généré 82 sessions de formation et rejoint 1 560 participants.

À ces projets de formation-réseau s'ajoutent des interventions d'aide-conseil auprès des responsables des établissements ainsi que des subventions pour soutenir les initiatives locales en matière de développement des compétences spécifiques à la transformation du réseau.

Le tableau Projets régionaux et locaux en soutien au Défi de l'accès présente, par continuum de services, la répartition des projets de formation de la Régie régionale. En 2001-2002, les projets régionaux, coordonnés par la Régie régionale et les projets d'établissements, subventionnés par la Régie régionale ont bénéficié de budgets de plus de 330 000 $.

Depuis la mise en œuvre du Défi de l'accès, l'intervention de la Régie régionale en matière de développement des compétences, avec la formation-réseau, a bénéficié à l'ensemble des continuums de services et soutenu des projets de formation pour près de la moitié des mesures du plan d'amélioration des services 1998-2002. De plus, quelques-uns des projets réalisés comprenaient une formation de formateurs afin de rejoindre par cette approche un plus grand nombre d'intervenants au sein des établissements et

**Tableau 45** **Projets régionaux en soutien au Défi de l'accès**

| Continuum | Projets régionaux |
|---|---|
| Santé physique | 1 |
| Santé mentale | 2 |
| Jeunesse | 4 |
| Personnes âgées | 3 |
| Déficience physique | 1 |
| SIDA | 2 |
| Qualité des services | 3 |
| Autres | 1 |
| **Total** | **17** |

organismes concernés. Enfin, le suivi régulier des projets de formation a été l'occasion d'introduire une mesure systématique d'évaluation des impacts de la formation. Cette mesure permettra au terme des projets de mesurer le niveau d'atteinte des objectifs en regard du changement souhaité.

Globalement, au cours des quatre années du plan, le soutien de la Régie régionale dans le développement des compétences du personnel réseau a impliqué la coordination d'une quarantaine de projets régionaux de formation, la réalisation de 362 sessions de formation avec l'implication de 6 994 participants. Sur le plan financier, ces projets représentent un investissement de plus de 1,6 million de dollars. Cet effort de formation partagé avec les établissements a assuré le maintien et le développement de nouvelles compétences chez les intervenants dans l'ensemble des programmes de services-clientèles.

# 6

## Les ressources matérielles


Le maintien de l'actif ..... 102

Les équipements et les aides techniques ..... 102

La location de locaux ..... 103

Les services de buanderie ..... 103

Les investissements du ministère de la Santé et des Services sociaux ..... 103

## LES RESSOURCES MATÉRIELLES

L'équipe des ressources matérielles de la Régie régionale de Montréal-Centre intervient à l'intérieur de cinq grands champs d'activités suivants : les équipements généraux et les équipements médicaux spécialisés, la construction, la location de locaux, la modernisation des infrastructures et la buanderie.

En plus de la réalisation des mandats régionaux réguliers, l'exercice 2001-2002 a été marqué par une activité considérable dans tous les secteurs, tant à cause des grands projets immobiliers en cours que des investissements majeurs du gouvernement du Québec dans les équipements médicaux spécialisés et dans le plan d'accélération des investissements publics (PAIP).

### Les enveloppes régionales de maintien d'actif

Le maintien de l'actif est une responsabilité de chaque établissement propriétaire ou locataire d'un édifice public du réseau. Il vise le renouvellement de l'équipement et du mobilier, de même que le maintien en bon état des immeubles pour assurer la continuité des soins et services dans un environnement sécuritaire et adapté. Le Ministère alloue annuellement à cette fin une somme qui en 2001-2002 s'est chiffrée à 39 M$ environ dont 15 M$ pour les projets de construction et 24 M$ pour les équipements. La Régie régionale effectue la répartition entre les établissements en fonction de critères reliés aux besoins et selon les politiques régionales. Elle ne peut répondre qu'à 10 % des demandes prioritaires qui se chiffrent à plus de 200 M$.

Les établissements ont aussi contribué au financement de plusieurs projets pour un peu moins de 6 M$ à même les dons des fondations, l'avoir propre ou les économies de fonctionnement reliées aux projets.

### Les équipements et aides techniques

La Régie régionale gère un certain nombre de programmes visant à soutenir les clientèles ciblées pour le maintien et le retour à domicile et également les personnes handicapées visées par les critères de l'Office des personnes handicapées du Québec. Près de 50 établissements du réseau collaborent à la réalisation des programmes en plus d'une équipe de la Régie régionale en lien direct avec environ 1 000 usagers. Plus de 4 000 dossiers d'aide à la vie quotidienne et à la vie domestique, de fournitures d'élimination,

**Tableau 46** **Sommaire des acquisitions - Immobilisations et équipements**

| | Projets soumis milliers $ | Subventions Régie/MSSS milliers $ | Part de l'établissement milliers $ | Total investi milliers $ |
|---|---|---|---|---|
| **ENVELOPPES RÉGIONALES DE MAINTIEN D'ACTIF** | | | | |
| **CONSTRUCTION** | | | | |
| CHSLD CLSC CPEJ CR | 46 870 $ | 6 203 $ | 4 345 $ | 10 548 $ |
| CHSGS | 77 105 $ | 9 027 $ | 5 721 $ | 14 748 $ |
| **ÉQUIPEMENT CHSGS** | | | | |
| Ordinaire | - | 10 643 $ | - | 10 643 $ |
| Spécialisé | 96 613 $ | 8 942 $ | 11 626 $ | 20 568 $ |
| **ÉQUIPEMENT CHSLD CLSC CPEJ CR** | | | | |
| Renouvellement | - | 3 626 $ | - | 3 626 $ |
| Gros équipement / Médical en CLSC / Autres | 819 $ | 722 $ | 395 $ | 1 117 $ |
| **Total :** | **221 407 $** | **39 163 $** | **22 087 $** | **61 250 $** |

d'oxygénothérapie et de chaussures orthopédiques ont été traités pour un budget de 3,7 M$.

### La location de locaux

Les dépenses de loyer ont totalisé 25,1 M$ dans 47 établissements, plus de la moitié de ces dépenses étant réalisée par les CLSC. La gestion des locations de locaux et des immeubles excédentaires exige une activité soutenue de la Régie régionale qui autorise les baux conclus par les établissements publics pour des locaux loués aux fins de la dispensation des services. Elle procède à une réallocation budgétaire régionale en fonction des variations des coûts réels des baux.

### Les services de buanderie

La Régie régionale agit comme courtier exclusif au nom des établissements qui doivent s'approvisionner à l'externe pour les services de lingerie-buanderie. Les contrats actuels avec les services carcéraux du fédéral et provincial ainsi que les fournisseurs privés totalisent 4,6 M kilos livrés sur une base annualisée au prix régional de 1,10 cent le kilo incluant le remplacement et la réparation. La Buanderie centrale de Montréal (BCM), un actif du réseau public a traité 8,5 M kilos pour ses quelque 18 établissements clients. Au cours des trois dernières années, le conseil d'administration de la Buanderie centrale de Montréal a effectué les changements requis dans le service clientèle et la gestion interne tout en appréciant la situation et la performance de l'entreprise.

### Les investissements du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le gouvernement a mis en œuvre au cours de 2001-2002 le programme AGIR et a alloué un montant de 500 M$ au réseau de la santé dans le cadre d'un programme accéléré d'investissements publics. La Régie régionale s'est vu confier le mandat de gérer plus de 56,2 M$ sous cinq volets spécifiques. Quelque 44 projets régionalisés de maintien d'actifs inférieurs à 1 M$ dans les centres hospitaliers et à 500 000 $ dans les autres établissements portent sur des travaux de réparation des immeubles (toiture, plomberie, ventilation, etc.) réalisables à 60 % avant le début de juillet 2002.

Les technologies de l'information comprennent entre autres des systèmes majeurs pour les réseaux jeunesse. Les volets de soutien à l'équilibre budgétaire comprennent des investissements de modernisation générant des économies importantes de fonctionnement dans une dizaine d'établissements.

Outre le programme accéléré d'investissements publics, les subventions de 32,7 M$

**Tableau 47** **Sommaire des acquisitions - Immobilisations et équipements**

| | Total investi milliers $ |
|---|---|
| **INVESTISSEMENTS SPÉCIAUX DU MSSS** | |
| Développement d'équipements CHSLD (rénov. fonct.) | 1 025 $ |
| Fondation canadienne à l'innovation (MSSS) | 21 026 $ |
| Petits équipements en soins infirmiers (MSSS) | 6 963 $ |
| Équipements médicaux spécialisés / 119 M$ (MSSS) | 32 734 $ |
| Équipements médicaux spécialisés / CHUM | 9 000 $ |
| Trois accélérateurs linéaires / CUSM HGM | 6 745 $ |
| **Total :** | **76 468 $** |

ont été versées aux établissements de la région pour des équipements médicaux spécialisés à même la première tranche du programme de 240 M$ que le Ministère gère en vertu d'une entente fédérale-provinciale.

Le Ministère a également confirmé sa participation financière (40 %) aux projets de recherche de la Fondation canadienne de l'innovation pour un montant de 21 M$. On doit signaler de plus l'octroi de 6,9 M$ affecté par le gouvernement pour les petits équipements utilisés par le personnel des soins infirmiers dans le but d'améliorer les soins et la qualité du milieu de travail. Tous les établissements incluant les CLSC et les centres de réadaptation dispensant de tels soins ont reçu une quote-part établie en fonction des heures-soins.

Le Ministère a aussi financé le remplacement de trois accélérateurs linéaires à l'Hôpital Général de Montréal du CUSM pour un montant de 6,7 M$. Ces équipements de radio-oncologie sont présentement en fonctionnement.

Un total de 133,6 M$ a donc été reçu du Ministère qui s'ajoutent au 39 M$ récurrents du maintien d'actif, ce qui totalise des investissements de 172,6 M$ en 2001-2002.

**Tableau 48** **Relance économique, programme PAIP 2002-2003 / Sommaire**

| Volets MSSS | Montréal |
|---|---|
| **Projets régionalisés (maintien des actifs)** | **31 777 987 $** |
| **Technologies de l'information** | **6 796 142 $** |
| **Informatisation des laboratoires** | |
| Analyseurs | 200 000 $ |
| Informatisation | 1 267 033 $ |
| Logiciels pour serveurs régionaux | 433 000 $ |
| Analyses hors-laboratoires | 1 752 082 $ |
| **Sous-total :** | **3 652 115 $** |
| **Amélioration de la qualité de vie** | |
| Lits électriques | 4 176 005 $ |
| Bains thérapeutiques | 1 573 357 $ |
| Lève-patients sur rails | 2 271 249 $ |
| Équipements CLSC et CHSLD | 870 300 $ |
| **Sous-total :** | **8 890 911 $** |
| **Projets de soutien à l'équilibre budgétaire** | **5 165 134 $** |
| **Total :** | **56 282 289 $** |

Note : Un montant de 272 000$ complète le 500 M$ du PAIP dans le cadre de projets centralisés au MSSS

**Tableau 49** **Projets d'immobilisations - Construction > 300 000 $**

| ÉTABLISSEMENT | PROJET | VALEUR | * |
|---|---|---|---|
| CHSLD CENTRE-VILLE DE MONTREAL (Résidence Saint-Charles Borromée) | Unité expérimentale / troubles de comportement | 400 000 $ | 3 |
| CA EMILIE-GAMELIN ARMAND-LAVERGNE (Résidence Armand-Lavergne) | Réaménagement unités et services | 499 000 $ | 3 |
| LES CENTRES JEUNESSE DE MONTREAL (Centre Notre-Dame de Grâce) | Aménagement unité encadrement intensif - garçons | 350 000 $ | 3 |
| CHSLD CHAMPLAIN - MANOIR DE VERDUN (Pavillon Champlain) | Remplacement fenêtres vieille partie | 350 000 $ | 3 |
| CHSLD CHAMPLAIN - MANOIR DE VERDUN (Manoir Verdun) | Réfection des contrôles des ascenseurs 1 et 2 | 345 000 $ | 4 |
| FOYER DORVAL | Réfection enveloppe maçonnerie | 500 000 $ | 3 |
| BUANDERIE CENTRALE DE MONTREAL | Réfection de la toiture / bassin D | 400 000 $ | 3 |
| C.H. DOUGLAS | Réfection entrée électrique principale | 436 600 $ | 3 |
| C.H. DOUGLAS | Centre Moe Levin / CERTTAD - PDCP / unité de recherche | 920 000 $ | 1 |
| C.H. DOUGLAS | Vétusté du pavillon CPC | 700 000 $ | 4 |

| ÉTABLISSEMENT | PROJET | VALEUR | * |
|---|---|---|---|
| HOPITAL JEAN-TALON | Modernisation des ascenseurs | 350 000 $ | 3 |
| CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL (Hôpital général de Montréal) | Remplacement système appel garde / blocs B-D-E | 300 000 $ | 3 |
| CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL (Hôpital général de Montréal) | Installation refroid./radio-onco | 500 000 $ | 3 |
| CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL (Hôpital Royal Victoria) | Réfection toitures / pav. L | 750 000 $ | 3 |
| HOPITAL LOUIS-H.-LAFONTAINE (pavillon Bédard) | Réfection du toit | 460 600 $ | 3 |
| C.H. DE ST. MARY | Remplacement système de refroidissement (ph I) | 790 000 $ | 4 |
| HOPITAL SAINTE-JUSTINE | Réfection systèmes de ventilation vétustes | 677 000 $ | 3 |
| C.H. DE L'UNIVERSITE DE MONTREAL (Hôpital Saint-Luc) | Réfection maçonnerie façades Est et Sud | 620 000 $ | 3 |
| C.H. DE L'UNIVERSITE DE MONTREAL | Remplacement système contrôle sécurité | 310 000 $ | 3 |
| **Total :** | | **9 658 200 $** | |

1 - Autofinancement par établissement
2 - MSSS
3 - Financement par la Régie régionale à même les enveloppes régionales
4 - Financement mixte
5 - Modernisation

**Tableau 50** **Projets d'immobilisations - Équipement médical spécialisé > 300 000 $**

| ÉTABLISSEMENT | PROJET | VALEUR | * |
|---|---|---|---|
| Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal | Appareil d'échographie | 310 567 $ | 3 |
| Hôpital général juif | Appareils d'hémodialyse (10) | 402 500 $ | 3 |
| Hôpital général juif | Salle de chirurgie laparoscopique | 529 000 $ | 3 |
| Hôpital Maisonneuve-Rosemont | Oxygenothérapie | 334 000 $ | 3 |
| Centre universitaire de santé McGill | Ventilateurs volumétriques | 301 000 $ | 3 |
| Centre universitaire de santé McGill (Hôpital de Montréal pour enfants) | Appareil d'échographie | 460 000 $ | 3 |
| Centre universitaire de santé McGill | Salle d'hémodynamie - installation | 400 000 $ | 3 |
| Centre hospitalier de St-Mary | Monitorage soins mère-enfant | 350 000 $ | 3 |
| Hôpital Sainte-Justine | Monitoring | 563 926 $ | 3 |
| Centre hospitalier de l'Université de Montréal | CT Scan multibarrette | 1 100 000 $ | 3 |
| **Total :** | | **4 750 993 $** | |

1 - Autofinancement par établissement
2 - MSSS
3 - Financement par la Régie régionale à même les enveloppes régionales
4 - Financement mixte
5 - Modernisation

7

## Les technologies et les systèmes d'information


Le secteur des technologies et les systèmes d'information de la Régie régionale ..... 108

La planification, l'évaluation et le financement régional ..... 108

Le technocentre régional ..... 109

L'infocentre régional ..... 110

Le centre de formation ..... 111

Le support aux activités de la Régie régionale ..... 111

# LES TECHNOLOGIES ET LES SYSTÈMES D'INFORMATION

## Le secteur des technologies et des systèmes d'information de la Régie régionale

Le secteur des technologies et des systèmes d'information de la Régie régionale regroupe différents sous-secteurs d'activités qui contribuent à l'atteinte d'objectifs nationaux, régionaux ou locaux dans le domaine de la gestion de la ressource informationnelle. On pense notamment à :

- la planification, l'évaluation et le financement des activités régionales et des dossiers spécifiques d'établissements;
- la gestion des opérations du technocentre régional de même que des développements et déploiements nationaux et régionaux;
- la planification d'un infocentre régional;
- la formation des utilisateurs;
- le support aux activités de gestion de la Régie régionale.

## La planification, l'évaluation et le financement régional

Au nombre des principaux dossiers traités en 2001-2002, citons :

- l'obtention et la répartition des crédits ministériels pour compléter le financement de l'adaptation à l'An 2000;
- l'obtention et la répartition de crédits accordés dans le cadre du Programme accéléré d'investissements publics (PAIP);
- une étude en cours sur l'opportunité de la numérisation des dossiers patients;
- une étude complétée sur les systèmes d'information des centres ambulatoires;
- la participation aux efforts de planification du nouveau CHUM et du nouveau CUSM;
- la participation aux comités directeurs des grands projets : carte santé et carte d'habilitation, IRIS-Q, Réseau Mère Enfant;
- la représentation de la région aux comités nationaux.

## Le technocentre régional

Tout en tenant compte des changements apportés à la gouverne du réseau, le Technocentre a précisé sa mission, ses objectifs et plans d'action pour l'année 2001-2002. Parmi les éléments qui ont influencé le positionnement du Technocentre, notons :

- le dépôt en juin 2001 des nouvelles orientations du Ministère en matière de technologies de l'information et de communications;
- la loi 28, le changement à la gouverne du réseau et ses conséquences sur les mécanismes de coordination nationaux;
- l'entente d'imputabilité déposé au Ministère et aux régies par Sogique concernant la gestion des actifs d'intérêt commun.

Le 22 mars 2001, le conseil d'administration de la Régie régionale confirmait le mode de financement récurrent du Technocentre régional. Ce financement est constitué de deux éléments : un budget d'opération alloué par la Régie et une facturation directe pour les services spécifiques destinés à des groupes particuliers d'établissements. Ainsi, à l'instar de plusieurs régions du Québec, le financement de la vocation régionale du Technocentre est assumé par la Régie régionale. Les activités de coordination, de développement et de déploiement d'applications, de veille technologique et de support aux infrastructures régionales de télécommunications (RTSS) et du collecticiel Notes sont désormais financées par un budget de 3 389 385 $. Le financement de la vocation spécifique aux CLSC du Technocentre régional est entièrement assumé par les CLSC de la région. Pour l'année 2001-2002, les CLSC ont déboursé collectivement 340 000 $ pour financer l'hébergement de leurs serveurs et le support à l'application I-CLSC. D'autre part, les services fournis à d'autres organismes que des établissements de santé ou débordant du cadre des activités régulières du Technocentre régional sont entièrement financés par ceux qui les sollicitent. En 2001-2002, ces services ont généré une facturation de 67 000 $. Au total, le Technocentre régional a donc disposé d'un budget de 3 816 385 $ au cours de l'année 2001-2002.

En fin d'année 2002, les services de base offerts par le Technocentre (Notes et RTSS) rejoignent la majorité des établissements publics de la région. Parmi les 147 établissements de santé de la région (publics et privés), 119 ont accès à l'inforoute RTSS. Concernant le déploiement Lotus Notes, la région compte maintenant près de 22 500 utilisateurs répartis dans 94 établissements.

En 2001-2002, les principaux déploiements amorcés, en cours ou complétés ont été :

- le début de la migration des serveurs Notes à la version 5;
- la mise en place de la guérite provinciale d'accès aux services des fournisseurs;
- le service de télé-accès par la DMZ à l'aide d'un jeton de sécurité;
- la suite du déploiement des systèmes d'information pour les centres d'hébergement et de longue durée (SICHELD);
- l'application régionale sur la situation des urgences (SITURG);
- le projet provincial de visio-conférence;
- la mise en route du projet de déploiement des GMF.

L'année 2001-2002 a aussi permis de compléter les phases de pilotage et d'évaluation des développements majeurs amorcés en 1999-2000. Ainsi, les projets Avis de naissance (ADN) et Fiche de référence inter-établissement (FRIE) ont reçu l'aval des comités de projets. En cours d'année, FRIE s'est harmonisé avec l'application Lien CH-CLSC de la région de Québec pour créer la Demande de services inter-établissements (DSIE) dont le déploiement est prévu à l'automne 2002. Notons aussi le développement embryonnaire d'un intranet régional axé sur les informations techniques du Technocentre, la mise en place d'un système de gestion de la Buanderie centrale de Montréal, le développement des requêtes de main-d'œuvre régional ainsi que la situation des urgences.

Pour sa part, le secteur des opérations a constaté une augmentation de 10 % du nombre de billets fermés au cours de l'année 2001-2002. Les billets (7 324) ou demandes traitées touchent le support à Lotus Notes, au RTSS et aux applications spécifiques. On a cependant constaté un léger recul du nombre de demandes portant sur le RTSS pouvant s'expliquer par la stabilité croissante du réseau dans la région.

## L'infocentre régional

Parmi les objectifs de l'année 2001-2002, l'étude de faisabilité de la mise sur pied d'un infocentre régional a été amorcée avec l'ajout de deux ressources et la participation active aux comités nationaux portant sur ce thème.

L'Infocentre régional se veut un carrefour d'information pour l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux de la région. L'objectif principal est de donner accès ou diffuser les informations pertinentes aux différents publics du réseau de la santé de Montréal : la population, les commissions régionales, le Forum

de la population, les établissements, la Régie régionale, la Direction de santé publique, les chercheurs, les enseignants et les étudiants.

L'équipe s'est mis à l'œuvre en octobre 2001 pour réaliser les premières étapes de l'étude d'opportunité et de faisabilité. Les étapes suivantes ont été franchies :

- Inventorier les bases de données utiles;
- Consulter les partenaires majeurs d'un tel projet, (RAMQ, Régie, Établissements);
- Évaluer les besoins et les priorités;
- Évaluer les technologies disponibles;
- Préparer la consultation auprès des partenaires sur un avant-projet d'Infocentre pour validation des orientations.

### Le centre de formation

Le Centre de formation a accueilli 223 personnes au cours de l'année 2001-2002. Afin d'appuyer les actions des secteurs développement et déploiement, le Centre de formation a choisi de concentrer ses activités vers les applications déployées par le Technocentre en cours d'année. Cette stratégie permet d'offrir des formations plus pointues qui répondent aux besoins spécifiques des établissements de santé montréalais. Compte tenu de l'importance attachée à la migration vers la version 5 de Lotus Notes pendant l'année, les formations à l'administration et à l'utilisation de Lotus Notes ont été les priorités du Centre de formation.

### Le support aux activités de la Régie régionale

Outre le support régulier apporté aux utilisateurs des équipements et progiciels de la Régie, le réseau de câblage voix – données, vieux de plus de 10 ans, a fait peau neuve. La Régie a également servi de pilote pour la migration de son serveur à la version 5 de Notes. Par ailleurs, le personnel de la Régie bénéficie depuis l'automne 2001 d'un intranet (disponible via Lotus Notes) qui regroupe les principales informations utiles et les applications les plus couramment utilisées auxquelles s'est ajouté récemment l'application Réservation de salles et de ressources. L'équipe a également contribué au renouveau du site Web de la Régie.

Dans les secteurs plus spécialisés, les systèmes financiers de la Régie ont été remplacés par la nouvelle version du fournisseur, le système de gestion et de suivi des dossiers d'immobilisations du réseau a été complètement refait et déployé, le système support aux élections des conseils d'administration des

établissements a été ajusté et une banque d'interprètes a été déployée.

Le service a également collaboré à la rédaction de politiques sur l'utilisation de l'Internet et la gestion des courriers électroniques. Il a également initié une réflexion de fond sur la sécurité des actifs informationnels de la Régie.

# 8.

## La situation financière

**Le budget** ..... **114**

**La situation financière** ..... **115**

La situation financière des établissements ..... 115

**Les autorisations d'emprunt** ..... **116**

## LE BUDGET

En 2001-2002, le budget alloué aux établissements de la région de Montréal-Centre a atteint 3,95 milliards $, une augmentation de 162 M$ ou 4,3 % sur celui de l'année précédente. Cette variation s'explique de la façon suivante :

| | |
|---|---|
| - Coût de système et correctifs salariaux | 118,4 M$ |
| - Développements de services | 38,0 M$ |
| - Reconnaissance de la performance (Comité Bédard) | 2,9 M$ |
| - Ajustements divers | 2,7 M$ |
| **Total** | **162,0 M$** |

Les développements de services réalisés au cours de l'année 2001-2002 concernent les programmes suivants :

| | |
|---|---|
| - Maintien à domicile, jeunesse, MPOC, ressources intermédiaires et accessibilité des services en CLSC | 8,2 M$ |
| - Alourdissement de la clientèle et accessibilité des services en CHSLD | 4,3 M$ |
| - Déficience intellectuelle et ressources intermédiaires en CR | 3,2 M$ |
| - Familles d'accueil et ressources intermédiaires en CPEJ | 2,1 M$ |
| - Réduction des listes d'attente en chirurgie et en radio-oncologie, accessibilité aux services psychiatriques et diagnostiques et ressources intermédiaires en CHSGS | 10,0 M$ |
| - Désengorgement des salles d'urgences | 10,2 M$ |
| **Total** | **38,0 M$** |

## LA SITUATION FINANCIÈRE

Contrairement à l'année précédente, l'exercice financier 2001-2002 n'a pas été marqué par des redressements majeurs sur le plan budgétaire. On se rappellera qu'en 2000-2001, les bases budgétaires avaient été relevées et différents facteurs de croissance des coûts avaient été reconnus.

Dans sa programmation budgétaire 2001-2002, le Ministère, bien qu'il reconnaisse que les facteurs de croissance excèdent l'inflation, n'a pu affecter les correctifs nécessaires lors de la confection des enveloppes régionales de crédit.

En 2001-2002, l'accent a plutôt été mis sur le suivi financier rigoureux des établissements de la région et en particulier des hôpitaux dont la situation financière est la plus problématique.

Ainsi, le Ministère a initié une démarche de retour progressif à l'équilibre budgétaire, en vertu de laquelle les établissements étaient conviés à signer une entente tripartite avec la Régie régionale et le Ministère. L'entente fixait les paramètres de retour à l'équilibre budgétaire sur un horizon de deux ou trois ans, selon le cas, et du remboursement du déficit accumulé à la fin de cette période.

La plupart des établissements concernés ont déjà une entente tripartite dûment signée, mais plusieurs d'entre eux ont des efforts additionnels à réaliser à l'intérieur de leur planification budgétaire 2002-2003 pour la respecter.

### La situation financière des établissements

L'année 2001-2002 s'est soldée par un déficit régional de 145 M$, le double de celui de l'année précédente. Il est attribuable dans une large mesure à la non-reconnaissance budgétaire de nombreux facteurs de croissance des coûts qui dépassent l'indexation accordée par le Ministère. Il faut ajouter cependant que les résultats des travaux du comité Bédard révèlent une non-performance nette de 35 M$ pour les hôpitaux de la région, quoique celle-ci est concentrée dans les deux plus grands centres hospitaliers.

Les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) publics sont responsables de 98 % du déficit 2001-2002. La

**Tableau 51** **Sommaire de la situation financière des établissements 2001-2002**

| Catégories d'établissements | Budget brut | Surplus nombre | Surplus montant | (Déficit) nombre | (Déficit) montant | Solde fonds au 31 mars 2002 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CHSLD publics | 575 835 156 $ | 22 | 920 265 $ | 12 | (1 969 951) $ | 7 067 751 $ |
| CHSLD privés | 165 512 911 $ | 15 | 1 618 840 $ | 7 | (838 375) $ | 11 419 421 $ |
| CHSGS publics | 2 449 989 456 $ | 6 | 620 841 $ | 17 | (141 124 422) $ | (209 951 467) $ |
| CHSGS privés | 39 031 340 $ | 3 | 161 318 $ | s/o | s/o | 1 281 687 $ |
| CRPDIPT publics | 185 201 677 $ | 7 | 1 021 265 $ | 5 | (533 852) $ | 3 523 447 $ |
| CRPDIPT privés | 4 217 397 $ | 1 | 43 033 $ | s/o | s/o | 526 461 $ |
| CLSC | 297 936 525 $ | 22 | 1 645 531 $ | 4 | (150 649) $ | 4 276 805 $ |
| CPEJ | 219 734 234 $ | 5 | 300 121 $ | 2 | (2 345 181) $ | (1 869 202) $ |
| **Total 2001-2002** | **3 937 458 696 $** | **81** | **6 331 214 $** | **47** | **(146 962 430) $** | **(183 725 097) $** |
| **Total 2000-2001** | **3 742 378 878 $** | **-** | **6 612 936 $** | **-** | **(73 712 613) $** | **(37 866 225) $** |
| Variation | 195 079 818 $ | - | (281 722) $ | - | (73 249 817) $ | (145 858 872) $ |

situation financière des autres catégories d'établissements ne montre qu'un déficit de 3 M$ attribuable aux CHSLD et aux CPEJ.

Comme le prévoit la *Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau*, le déficit réel de l'année 2001-2002 se transforme automatiquement en une charge au budget 2002-2003 des établissements et ceux-ci ont l'obligation de l'absorber dans leurs prévisions budgétaires.

Par ailleurs, le solde déficitaire du fonds d'exploitation atteint 180 M$ au 31 mars 2002, comparativement à 38 M$ un an auparavant et ce, en raison du déficit de l'exercice 2001-2002.

L'année 2002-2003 risque d'être encore très difficile sur le plan financier. En effet, le respect des cibles de résultat prévues aux ententes tripartites de retour à l'équilibre budgétaire sera sans doute menacé à nouveau par la présence des facteurs de croissance des coûts qui n'ont été compensés qu'à la hauteur de l'inflation. Les établissements devront donc mettre en place des mesures supplémentaires pour absorber cette nouvelle pression budgétaire.

## LES AUTORISATIONS D'EMPRUNT

Cent cinq (500) autorisations d'emprunt aux établissements publics représentant un montant de 231,8 M$ étaient en vigueur le 31 mars 2002. Cette somme équivaut à une augmentation de 89,7 M$ ou 63% par rapport à l'exercice 2000-2001. Toujours au 31 mars 2002, les dépenses courantes accaparaient près de 91% des montants autorisés. La très grande majorité de ces autorisations est concentrée dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS).

L'augmentation importante du niveau d'autorisations d'emprunt est en lien direct avec l'évolution de la situation financière des établissements. En effet, cette hausse est attribuable surtout au financement du déficit 2001-2002 et, dans une faible mesure, aux programmes ministériels de sécurité et de stabilité d'emploi, ainsi qu'aux nouveaux projets d'immobilisations autofinancés.

Les autorisations d'emprunt reliées aux dépenses courantes de fonctionnement s'établissent à 5,64% du budget brut global des établissements publics, alors que celles qui supportent les projets d'immobilisations autofinancés n'atteignent que 0,58%.

## Tableau 52 Sommaire des autorisations d'emprunt au 31 mars 2002

Budget brut de fonctionnement de tous les établissements publics de la région de Montréal-Centre : 3 728 697 048 $

| Établissements publics | DÉPENSES COURANTES DE FONCTIONNEMENT | | | | IMMOBILISATIONS | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Fonctionnement | Transformation | Total | % par rapport au budget brut régional | Projets autofinancés Solde d'amortissement | % par rapport au budget brut régional |
| CHSGS<br>86 autorisations | 200 008 461 $ | 5 921 710 $ | 205 930 171 $ | 5,52 % | 12 778 535 $ | 0,34 % |
| CHSLD<br>8 autorisations | 1 384 680 $ | | 1 384 680 $ | 0,04 % | 6 223 964 $ | 0,17 % |
| CLSC<br>8 autorisations | 2 600 000 $ | | 2 600 000 $ | 0,07 % | 1 167 269 $ | 0,03 % |
| CRPDIPT<br>2 autorisations | 332 000 $ | | 332 000 $ | 0,01 % | 55 000 $ | 0,00 % |
| CPEJ<br>1 autorisation | | | | 0,00 % | 1 305 366 $ | 0,04 % |
| **Sommaire régional<br>105 autorisations** | **204 325 141 $** | **5 921 710 $** | **210 246 851 $** | **5,64 %** | **21 530 134 $** | **0,58 %** |

## Tableau 53 État détaillé des autorisations d'emprunt au 31 mars 2002 - CLSC

| Établissements | Budget brut au 31 mars 2002 | DÉPENSES COURANTES DE FONCTIONNEMENT | | | | IMMOBILISATIONS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Fonctionnement | Transformation | Total | % par rapport au budget brut | Projets autofinancés Solde d'amortissement | % par rapport au budget brut |
| CLSC Hochelaga-Maisonneuve | 12 058 843 $ | - | - | - | 0,0 % | 61 500 $ | 0,5 % |
| CLSC Rivière-des-Prairies | 7 206 308 $ | - | - | - | 0,0 % | 191 230 $ | 2,7 % |
| CLSC Montréal-Nord | 20 439 139 $ | - | - | - | 0,0 % | 24 087 $ | 0,1 % |
| CLSC St-Louis Du Parc | 7 188 884 $ | - | - | - | 0,0 % | 307 396 $ | 4,3 % |
| CLSC Côte-des-Neiges | 23 274 148 $ | 2 600 000 $ | - | 2 600 000 $ | 11,2 % | - | 0,0 % |
| CLSC La Petite Patrie | 8 397 970 $ | - | - | | 0,0 % | 161 239 $ | 1,9 % |
| CLSC Ahuntsic | 11 496 704 $ | - | - | | 0,0 % | 267 766 $ | 2,3 % |
| CLSC Verdun/Côte St-Paul | 15 337 331 $ | - | - | | 0,0 % | 154 051 $ | 1,0 % |
| **Total CLSC** | **105 399 327 $** | **2 600 000 $** | **-** | **2 600 000 $** | | **1 167 269 $** | |

**Tableau 54** **État détaillé des autorisations d'emprunt au 31 mars 2002 - CHSGS publics**

| Établissements | Budget brut au 31 mars 2002 | DÉPENSES COURANTES DE FONCTIONNEMENT | | | | IMMOBILISATIONS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Fonctionnement | Transformation | Total | % par rapport au budget brut | Projets autofinancés Solde d'amortissement | % par rapport au budget brut |
| C.H. de Verdun (Angrignon) | 64 167 764 $ | 4 655 191 $ | - | 4 655 191 $ | 7,3 % | 454 616 $ | 0,7 % |
| C.H. de Lasalle (Angrignon) | 35 851 949 $ | 1 500 000 $ | - | 1 500 000 $ | 4,2 % | 140 843 $ | 0,4 % |
| CHUM | 442 868 013 $ | 64 162 203 $ | - | 64 162 203 $ | 14,5 % | 1 199 049 $ | 0,3 % |
| Hôpital général du Lakeshore | 51 772 552 $ | 4 000 000 $ | - | 4 000 000 $ | 7,7 % | 35 655 $ | 0,1 % |
| Hôpital Santa Cabrini | 64 252 054 $ | 5 226 031 $ | - | 5 226 031 $ | 8,1 % | 653 747 $ | 1,0 % |
| Inst. de Cardiologie de Mtl | 72 233 181 $ | 270 896 $ | - | 270 896 $ | 0,4 % | - | 0,0 % |
| Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal | 179 187 231 $ | 6 125 873 $ | - | 6 125 873 $ | 3,4 % | 1 857 737 $ | 1,0 % |
| CUSM | 457 687 364 $ | 87 798 218 $ | 4 600 000 $ | 92 398 218 $ | 20,2 % | 2 812 837 $ | 0,6 % |
| C.H. Fleury | 42 152 099 $ | - | - | - | 0,0 % | 283 917 $ | 0,7 % |
| Hôpital Jean-Talon | 49 938 130 $ | - | - | - | 0,0 % | 212 338 $ | 0,4 % |
| Hôpital général juif | 172 092 042 $ | 7 541 204 $ | 305 000 $ | 7 846 204 $ | 4,6 % | 1 513 677 $ | 0,9 % |
| C.H. de Lachine | 30 992 065 $ | 598 318 $ | 457 000 $ | 1 055 318 $ | 3,4 % | 564 126 $ | 1,8 % |
| Hôpital Ste-Justine | 174 679 353 $ | 6 661 363 $ | - | 6 661 363 $ | 3,8 % | 1 512 214 $ | 0,9 % |
| Hôpital St-Mary | 69 928 588 $ | 2 043 391 $ | 399 710 $ | 2 443 101 $ | 3,5 % | 360 793 $ | 0,5 % |
| Institut Philippe Pinel | 36 429 625 $ | 500 000 $ | - | 500 000 $ | 1,4 % | - | 0,0 % |
| I.R.M. | 12 763 596 $ | 2 316 621 $ | 160 000 $ | 2 476 621 $ | 19,4 % | - | 0,0 % |
| Hôpital Maisonneuve-Rosemont | 208 729 344 $ | 6 609 152 $ | - | 6 609 152 $ | 3,2 % | 1 046 461 $ | 0,5 % |
| Hôpital Douglas | 70 600 987 $ | - | - | - | 0,0 % | 130 525 $ | 0,2 % |
| **Total CHSGS** | **2 236 325 937 $** | **200 008 461 $** | **5 921 710 $** | **205 930 171 $** | | **12 778 535 $** | |

## Tableau 55 État détaillé des autorisations d'emprunt au 31 mars 2002 - CHSLD

| Établissements | Budget brut au 31 mars 2002 | DÉPENSES COURANTES DE FONCTIONNEMENT | | | | IMMOBILISATIONS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Fonctionnement | Transformation | Total | % par rapport au budget brut | Projets autofinancés Solde d'amortissement | % par rapport au budget brut |
| Plateau Mt-Royal - J.De La Lande | 19 914 521 $ | - | - | - | 0,0 % | 73 40 $ | 0,4 % |
| CHSLD-CLSC Saint-Laurent | 18 866 913 $ | - | - | - | 0,0 % | 78 06 $ | 0,4 % |
| Foyer Rousselot | 7 283 635 $ | 184 680 $ | - | 184 680 $ | 2,5 % | - | 0,0 % |
| C.H. Gériatrique Maïmonides | 25 657 735 $ | - | - | - | 0,0 % | 1 758 250 $ | 6,9 % |
| C.H. Juif de Montréal | 19 038 983 $ | 1 200 000 $ | - | 1 200 000 $ | 6,3 % | 1 241 250 $ | 6,5 % |
| Institut universitaire de gériatrie de Montréal | 36 676 010 $ | - | - | - | 0,0 % | 3 073 000 $ | 8,4 % |
| **Total CHSLD** | **127 437 797 $** | **1 384 680 $** | **-** | **1 384 680 $** | | **6 223 964 $** | |

## Tableau 56 État détaillé des autorisations d'emprunt au 31 mars 2002 - CRPDIPT

| Établissements | Budget brut au 31 mars 2002 | DÉPENSES COURANTES DE FONCTIONNEMENT | | | | IMMOBILISATIONS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Fonctionnement | Transformation | Total | % par rapport au budget brut | Projets autofinancés Solde d'amortissement | % par rapport au budget brut |
| CR Lucie-Bruneau | 17 746 308 $ | 332 000 $ | - | 332 000 $ | 1,9 % | 55 000 $ | 0,31 % |
| **Total CRPDIPT** | **17 746 308 $** | **332 000 $** | **-** | **332 000 $** | **1,9 %** | **55 000 $** | |

## Tableau 57 État détaillé des autorisations d'emprunt au 31 mars 2002 - CPEJ

| Établissements | Budget brut au 31 mars 2002 | DÉPENSES COURANTES DE FONCTIONNEMENT | | | | IMMOBILISATIONS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Fonctionnement | Transformation | Total | % par rapport au budget brut | Projets autofinancés Solde d'amortissement | % par rapport au budget brut |
| Centre jeunesse de Montréal | 162 322 550 $ | - | - | - | - | 1 305 366 $ | 0,80 % |
| **Total CPEJ** | **162 322 550 $** | **-** | **-** | **-** | **-** | **1 305 366 $** | |

# 9

## Les états financiers de la Régie régionale


**Attestation du vérificateur** ..... **122**

**Service des finances et de l'environnement** ..... **123**

Résultats ..... 124

Résultats par centre d'activités ..... 125

Bilan ..... 126

Analyse de la provenance et de l'utilisation des fonds ..... 127

État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits et suivi des comptes à payer non pourvus .. 130

## Raymond Chabot Grant Thornton

**Aux membres du conseil d'administration**
**de la Régie régionale de la santé et**
**des services sociaux de Montréal-Centre**

Les renseignements financiers ci-joints concordent avec ceux contenus dans le rapport financier annuel de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre au 31 mars 2002 dont ils sont tirés et sur lequel nous avons exprimé, le 24 mai 2002, une opinion sans réserve.

Raymond Chabot Grant Thornton

RAYMOND CHABOT GRANT THORNTON

Comptables agréés

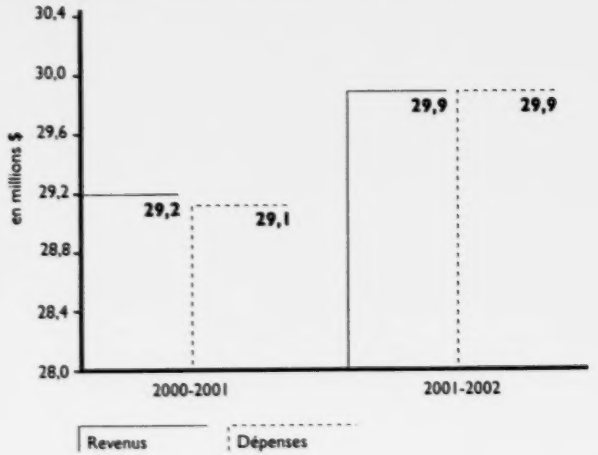
Montréal

24 mai 2002

## SERVICE DES FINANCES ET DE L'ENVIRONNEMENT

Le fonds d'exploitation comprend les activités principales et accessoires. Les revenus et les dépenses ont augmenté de 0,8 M$ en 2001-2002 par rapport à 2000-2001 et ceci s'explique, entre autres, par des revenus plus élevés en provenance du Ministère de 0,6 M$ pour couvrir les coûts de système, la rétroactivité salariale et le loyer. Les revenus de la Commission de santé et sécurité au travail (CSST) ont été plus élevés de 0,2 M$.

**Graphique 13** **Évolution du fonds d'exploitation**



## Fonds d'exploitation - Exercice terminé le 31 mars 2002

| RÉSULTATS | Activités principales | | Activités accessoires | |
|---|---|---|---|---|
| | Exercice courant | Exercice précédent | Exercice courant | Exercice précédent |
| **Provenance des revenus** | | | | |
| Subventions MSSS | | | | |
| -Budget signifié | 19 924 685 $ | 18 681 282 $ | 60 000 $ | |
| -(Diminution) ou augmentation du financement | 88 958 | 729 994 | 26 421 | |
| **Total** | 20 013 643 | 19 411 276 | 86 421 | - |
| Revenus d'intérêts | 169 174 | 219 447 | 39 537 | 104 632 $ |
| Revenus commerciaux | | | 68 720 | 66 523 |
| Revenus d'autres sources: | | | | |
| -Contributions de l'avoir propre | 341 370 | 415 323 | | |
| -Contributions des fonds affectés | | | | |
| -Autres | 872 682 | 867 868 | 8 345 192 | 8 077 704 |
| **Total** | 21 396 869 | 20 913 914 | 8 539 870 | 8 248 859 |
| **Charges d'exploitation et dépenses d'immobilisations** | | | | |
| Salaires - personnel cadre | 2 880 389 | 3 145 830 | 1 235 | 1 233 |
| Salaires - personnel autre | 8 172 928 | 7 549 326 | 70 753 | 620 |
| Avantages sociaux généraux - personnel cadre | 567 451 | 545 510 | | |
| Avantages sociaux généraux - personnel autre | 1 595 853 | 1 460 150 | 5 255 | |
| Avantages sociaux particuliers - personnel cadre | 236 333 | 190 931 | | |
| Avantages sociaux particuliers - personnel autre | 386 698 | 480 807 | 17 972 | 38 109 |
| Charges sociales - personnel cadre | 332 576 | 328 976 | 99 | 99 |
| Charges sociales - personnel autre | 1 074 219 | 1 008 423 | 9 215 | 50 |
| Frais de déplacement | 214 447 | 168 830 | 1 438 | |
| Services achetés | 1 462 900 | 1 741 808 | 86 613 | 24 737 |
| Communications | 286 418 | 388 693 | | |
| Loyer | 1 989 338 | 2 326 811 | 66 152 | 63 809 |
| Location d'équipement | 321 742 | 298 979 | | |
| Fournitures de bureau | 232 766 | 202 787 | | |
| Autres frais | 690 601 | 344 924 | 8 241 040 | 8 053 319 |
| Charges non réparties | 512 757 | 138 968 | | |
| **Total des charges d'exploitation** | 20 957 416 | 20 321 753 | 8 499 772 | 8 181 976 |
| Dépenses d'immobilisations | 427 927 | 581 320 | | |
| Charges extraordinaires | | | | |
| **Total des dépenses** | 21 385 343 | 20 903 073 | 8 499 772 | 8 181 976 |
| **Excédent (Déficit)** | 11 526 $ | 10 841 $ | 40 098 $ | 66 883 $ |

## Fonds des activités régionalisées - Exercice terminé le 31 mars 2002

| RÉSULTATS PAR CENTRE D'ACTIVITÉS | Approvisionnement en commun de biens et services | Service régional de buanderie | Service aérien | Technocentre régional | Autres activités régionalisées | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Provenance des revenus** | | | | | | |
| Contribution des établissements | | 4 996 514 $ | | 2 439 767 $ | 25 100 $ | 7 461 381 $ |
| Revenus de placement | | 10 238 | | 4 695 | 8 567 | 23 500 |
| Revenus d'autres sources | | | | 420 391 | 158 869 | 579 260 |
| **Total** | - | 5 006 752 | - | 2 864 853 | 192 536 | 8 064 141 |
| **Nature des dépenses** | | | | | | |
| Charges d'exploitation : | | | | | | |
| Salaires | | 75 781 | | 294 800 | | 370 581 |
| Avantages sociaux généraux | | 13 847 | | 35 053 | | 48 900 |
| Avantages sociaux particuliers | | 885 | | 11 671 | | 12 556 |
| Charges sociales | | 10 596 | | 36 773 | 56 | 47 425 |
| Frais de déplacement | | | | 5 886 | 5 255 | 11 141 |
| Services achetés | | 4 860 232 | | 1 902 617 | 36 295 | 6 799 144 |
| Communications | | 7 009 | | 32 543 | 247 | 39 799 |
| Loyer | | 5 007 | | 473 627 | | 478 634 |
| Location d'équipement | | 401 | | 4 168 | | 4 569 |
| Fournitures de bureau | | 5 628 | | 11 872 | 315 | 17 815 |
| Transfert de frais généraux | | | | 55 301 | | 55 301 |
| Autres frais | | 9 594 | | 542 | 151 988 | 162 124 |
| **Total** | - | 4 988 980 | - | 2 864 853 | 194 156 | 8 047 989 |
| Dépenses d'immobilisations | | | - | | | |
| **Total** | - | 4 988 980 | - | 2 864 853 | 194 156 | 8 047 989 |
| **Excédent (Déficit)** | - $ | 17 772 $ | - $ | - $ | (1 620) $ | 16 152 $ |

## Fonds combinés - Exercice terminé le 31 mars 2002

| BILAN | Fonds d'exploitation | | Fonds des activités régionalisées | |
|---|---|---|---|---|
| | Exercice courant | Exercice précédent | Exercice courant | Exercice précédent |
| **ACTIF** | | | | |
| **À court terme** | | | | |
| Encaisse | 2 081 047 $ | 2 849 168 $ | 1 388 925 $ | 175 562 $ |
| Débiteurs: | | | | |
| - MSSS | 104 760 | 188 932 | | |
| -Établissements | 141 753 | 101 510 | 740 415 | 2 384 715 |
| -Autres | 228 223 | 132 093 | 214 198 | 935 618 |
| Intérêts courus | | | | |
| Placements temporaires | | | | |
| Charges payées d'avance | 170 833 | 86 330 | 14 814 | 3 446 |
| Autres éléments Inventaire | 50 398 | 53 924 | 171 647 | 16 923 |
| **Immobilisations** | | | 3 260 929 | 3 039 154 |
| **Autres éléments d'actif** | 57 733 | 64 101 | | |
| **Total de l'actif** | 2 834 747 $ | 3 476 058 $ | 5 790 928 $ | 6 555 418 $ |
| **PASSIF** | | | | |
| **À court terme** | | | | |
| Découvert de banque | | | | 1 827 874 $ |
| Emprunts de banque | | | | |
| Créditeurs et charges à payer: | | | | |
| -MSSS | | | | |
| -Établissements | 44 508 $ | 26 902 $ | 295 017 | 266 878 |
| -Autres | 1 494 328 | 1 905 317 | 882 237 | 948 070 |
| Revenus reportés: programme d'aide aux joueurs pathologiques | 23 579 | 50 000 | | |
| Autres revenus reportés | 145 893 | 125 788 | 1 235 984 | |
| Autres éléments | | | | |
| A long terme Régime traitement différé | 8 118 | | | |
| **Total du passif** | 1 716 426 | 2 108 007 | 2 413 238 | 3 042 822 |
| **Solde de fonds** | 1 118 321 | 1 368 051 | 3 377 690 | 3 512 596 |
| **Total du passif et du solde de fonds** | 2 834 747 $ | 3 476 058 $ | 5 790 928 $ | 6 555 418 $ |

## Fonds affectés - Exercice terminé le 31 mars 2002

**ANALYSE DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS**

| | Fonds des immobilisations | Santé publique | SIDA | Produits biologiques et médicaments |
|---|---|---|---|---|
| **SOLDE À ATTRIBUER AU DÉBUT DE L'EXERCICE** | 8 536 $ | 25 421 $ | 273 472 $ | - $ |
| **Provenance** | | | | |
| MSSS | 46 527 326 | 4 050 782 | 5 657 485 | 121 780 650 |
| Subvention pour intérêts sur emprunts | 45 125 486 | | | 419 438 |
| Revenus d'intérêts | | 36 592 | 146 878 | 1 |
| Autres | | 861 415 | 581 500 | |
| **Total** | 91 652 812 | 4 948 789 | 6 385 863 | 122 200 089 |
| **Attributions** | | | | |
| Établissements | 46 527 701 | 4 335 457 | 2 967 542 | 5 309 038 |
| Organismes | | 399 740 | 3 213 647 | |
| Intérêts sur emprunts | 45 125 486 | | | 419 439 |
| Contributions au fonds d'exploitation | | | | |
| Charges d'opération | 4 886 | | 135 389 | |
| Dépenses d'immobilisations | | | | |
| Autres | | 200 000 | | 116 471 612 |
| **Total** | 91 658 073 | 4 935 197 | 6 316 578 | 122 200 089 |
| **Solde à attribuer à la fin de l'exercice** | 3 275 $ | 39 013 $ | 342 757 $ | - $ |

## Fonds affectés - Exercice terminé le 31 mars 2002

### ANALYSE DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS

| | Fournitures spécialisées pour personnes handicapées | Priorités régionales | Fonds de buanderie Centrale de Montréal | Consolidation des services et restructuration financière du réseau |
|---|---|---|---|---|
| **SOLDE À ATTRIBUER AU DÉBUT DE L'EXERCICE** | 278 113 $ | 150 315 $ | 11 335 898 $ | 3 277 715 $ |
| **Provenance** | | | | |
| MSSS | 2 363 928 | 65 414 | | |
| Subvention pour intérêts sur emprunts | | | 513 089 | |
| Revenus d'intérêts | 88 440 | 50 309 | 191 | 88 817 |
| Autres | 1 939 | 1 637 128 | | |
| **Total** | 2 454 307 | 1 752 851 | 513 280 | 88 817 |
| **Attributions** | | | | |
| Établissements | 1 497 795 | 1 121 019 | | 1 377 139 |
| Organismes | | 166 155 | | |
| Intérêts sur emprunts | | | 513 089 | |
| Contributions au fonds d'exploitation | | | | |
| Charges d'opération | 134 107 | 574 312 | 170 442 | 153 800 |
| Dépenses d'immobilisations | | | | |
| Autres | 838 981 | 1 792 | | 139 804 |
| **Total** | 2 470 883 | 1 863 278 | 683 531 | 1 670 743 |
| **Solde à attribuer à la fin de l'exercice** | 261 537 $ | 39 888 $ | 11 165 647 $ | 1 695 789 $ |

## Fonds affectés des équipements - Exercice terminé le 31 mars 2002

### ANALYSE DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS

| | Contribution MSSS An 2000 (50%) | Autres | Total |
|---|---|---|---|
| **SOLDE À ATTRIBUER AU DÉBUT DE L'EXERCICE** | 53 228 $ | 3 624 $ | 56 852 $ |
| **Provenance** | | | |
| MSSS | 5 957 410 | 140 392 388 | 146 349 798 |
| Subvention pour intérêts sur emprunts | 104 619 | 1 935 237 | 2 039 856 |
| Revenu d'intérêts | | | |
| Autres | | | |
| **Total** | 6 062 029 | 142 327 625 | 148 389 654 |
| **Attributions** | | | |
| Établissements | 5 773 682 | 140 231 078 | 146 004 760 |
| RRSSS - Fonds d'exploitation | | | |
| RRSSS - Autres fonds affectés | | | |
| Intérêts sur emprunts | 104 619 | 1 935 237 | 2 039 856 |
| Autres | | 161 652 | 161 652 |
| **Total** | 5 878 301 | 142 327 967 | 148 206 268 |
| **Solde à attribuer à la fin de l'exercice** | 236 956 $ | 3 282 $ | 240 238 $ |

## État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits 2001-2002 et suivi des comptes à payer non pourvus - Exercice terminé le 31 mars 2002

| **Enveloppe régionale 2001-2002** | | **Montant** |
|---|---|---|
| Montant de l'enveloppe inscrit dans le système SBF-R, excluant celui de la ligne 02 | | 3 752 216 440 $ |
| Montant engagé par le Ministère en fonds affectés à la Régie régionale et confirmé à l'enveloppe régionale | | 11 887 954 |
| Montant de l'enveloppe régionale 2001-2002 inscrit dans le système SBF-R | | 3 764 104 394 |
| Autres Compte à recevoir désengorgement des urgences | | 3 300 000 |
| | **Total** | 3 767 404 394 |
| **Affectations de l'enveloppe régionale 2001-2002** | | |
| Allocations aux établissements | | 3 671 473 257 |
| Allocations aux organismes communautaires | | 61 126 169 |
| Estimé des comptes à payer pourvus (des comptes à recevoir) en fin d'exercice | | 8 705 457 |
| Montant des affectations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R | | 3 741 304 883 |
| Fonds affectés indiqués à la ligne 02 - Montant attribué | | 11 887 954 |
| Fonds affectés indiqués à la ligne 02 - Montant reporté | | |
| Autres | | 14 211 557 |
| Total des affectations | | 3 767 404 394 |
| Fonds affectés indiqués à la ligne 02 - Solde non attribué | | |
| | **Total** | 3 767 404 394 |
| Excédent de l'enveloppe sur les affectations | | - $ |
| Suivi des comptes à payer non pourvus | | Montant |
| Solde au 31 mars 2001 | | |
| Nouveaux comptes à payer non pourvus contractés au cours de l'exercice | | |
| Comptes à payer non pourvus au 31 mars 2001 liquidés au cours de l'exercice | | |
| Solde à la fin | | - $ |
| Composé de: | | |
| - Comptes à payer non pourvus contractés envers des établissements | | |
| - Autres | | |
| | **Total** | - $ |

## Annexe

Situation financière détaillée des établissements de Montréal-Centre. . . . . 132
Code d'éthique et de déontologie des administrateurs de la Régie régionale . . . . . 137

## Situation financière détaillée des établissements de Montréal-Centre

| | 2000-2001 | | | 2001-2002 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Budget brut | Surplus/ (Déficit) | Solde du fonds au 31 mars 2001 | Budget brut | Surplus/ (Déficit) | Solde du fonds au 31 mars 2002 |
| **CHSLD PUBLICS** | | | | | | |
| CHSLD Plateau Mont-Royal | 14 880 217 | 20 123 | 17 718 | 19 914 521 | 17 068 | 34 786 |
| CHSLD Champlain-Manoir Verdun | 25 561 558 | (53 903) | (53 903) | 26 305 257 | (29 789) | (83 692) |
| CHSLD Lucille Teasdale | 29 808 482 | 26 644 | 1 094 060 | 30 781 960 | 58 273 | 1 152 333 |
| Centre de soins prolongés Grace Dart | 21 676 752 | (7 500) | (20 109) | 22 758 473 | (7 500) | (30 000) |
| CHSLD Lachine Nazaire Piché | 18 670 683 | 116 514 | 293 150 | 19 514 877 | (44 055) | 254 136 |
| CHSLD-CLSC Saint-Laurent | 16 819 049 | (1 257) | 237 021 | 18 866 913 | 145 543 | 410 870 |
| Institut canadien polonais du Bien-être | 5 377 759 | 10 225 | 159 701 | 5 437 034 | 9 428 | 164 801 |
| CHSLD Biermans-Triest | 22 199 680 | 110 220 | 652 141 | 22 971 549 | 225 670 | 840 742 |
| CHSLD Centre-Ville de Montréal | 26 215 573 | 81 745 | 557 928 | 27 389 554 | (218 826) | 174 658 |
| C.H. Saint-Michel | 10 207 431 | 61 471 | 1 231 503 | 10 816 641 | 8 676 | 1 239 753 |
| CHSLD de mon quartier | 20 377 142 | 2 879 | 252 271 | 21 066 136 | 21 553 | 239 260 |
| Résidence Mance-Décary (CHSLD) | 27 604 348 | 872 | (13 897) | 28 412 116 | 4 343 | 6 267 |
| CHSLD-CLSC Bordeaux-Cartierville | 18 236 422 | 55 006 | 640 567 | 18 820 320 | (672) | 605 555 |
| Hôpital Notre-Dame de la Merci | 33 996 781 | 203 336 | 337 476 | 32 947 937 | 69 856 | 517 930 |
| C.H. Jacques-Viger | 26 438 545 | (167 908) | 5 867 | 27 336 217 | (440 908) | (506 369) |
| Hôpital chinois de Montréal | 7 130 758 | 4 589 | 242 831 | 7 345 985 | 3 | 268 130 |
| Foyer Rousselot | 6 767 906 | (9 568) | (9 568) | 7 283 635 | (19 312) | (16 046) |
| Foyers presbytériens St-Andrew | 3 393 774 | 52 299 | 192 804 | 3 562 524 | 28 549 | 215 449 |
| C.H. gériatrique Maimonides | 25 209 050 | (25 821) | (25 821) | 25 657 735 | (116 054) | (204 651) |
| Centre d'accueil St-Margaret | 5 665 802 | 162 446 | 218 581 | 6 305 780 | 48 668 | 273 370 |
| Hôpital Mont-Sinaï | 8 954 130 | (164 202) | 750 321 | 9 164 178 | (183 960) | 565 095 |
| Centre d'accueil Father Dowd | 5 296 972 | 24 220 | 524 024 | 5 535 448 | 24 633 | 107 076 |
| CHSLD Les Havres | 14 864 981 | 4 233 | 8 503 | 16 165 778 | (17 435) | (5 324) |
| Manoir Cartierville | 13 001 664 | 18 175 | 234 433 | 13 491 540 | 7 034 | 96 382 |
| CHSLD Juif de Montréal | 9 568 049 | (1 209 777) | (701 317) | 19 038 983 | (818 323) | (1 758 442) |
| Centre d'accueil La Salle | 17 838 302 | 67 137 | 725 132 | 19 470 736 | 108 790 | 872 263 |
| Ma Maison St-Joseph | 3 431 059 | 284 115 | 809 034 | 3 081 205 | (73 117) | 410 393 |
| Résidence Yvon-Brunet | 7 995 289 | 8 855 | 152 122 | 8 478 306 | 3 378 | 103 136 |
| Institut universitaire de gériatrie de Montréal | 36 055 236 | (146 720) | (146 720) | 36 676 010 | 92 993 | (53 727) |
| CHSLD Émilie-Gamelin Armand-Lavergne | 17 097 725 | 0 | 229 564 | 17 626 479 | 4 668 | 4 668 |
| Résidences Laurendeau, Légaré, Louvain | 25 481 431 | 189 129 | 845 233 | 26 485 768 | 31 204 | 884 828 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centre d'accueil Denis-Benjamin-Viger | 5 620 997 | 3 925 | 100 695 | 6 234 690 | 442 | 108 306 |
| Centre d'accueil Louis-Riel | 4 285 190 | 0 | 0 | 4 587 743 | 44 | 44 |
| Centre d'accueil Réal-Morel | 5 853 947 | 8 599 | 172 418 | 6 303 128 | 9 449 | 175 771 |
| **Sous-total CHSLD publics** | **541 582 684** | **(269 899 )** | **9 713 763** | **575 835 156** | **( 1 049 686)** | **7 067 751** |
| | | | | | | |
| **CHSLD PRIVÉS CONVENTIONNÉS** | | | | | | |
| Cent. Cardinal | 9 555 521 | 87 099 | 2 507 871 | 9 753 264 | (19 001) | 2 498 238 |
| Providence N.-D. de Lourdes | 10 650 570 | 9 605 | 240 393 | 11 000 885 | (37 095) | 194 094 |
| Résidence Angélica Inc. | 14 041 559 | ( 1 022 722 ) | 4 154 283 | 18 559 798 | 31 230 | 5 050 431 |
| CHSLD Bayview | 8 707 225 | 25 981 | 1 019 921 | 8 841 217 | 27 544 | 988 111 |
| Résidence Berthiaume Du Tremblay | 12 572 357 | (417 904 ) | (663 811 ) | 12 156 056 | (185 681) | (681 502) |
| CHSLD Marie-Claret | 4 413 183 | 82 150 | 1 193 037 | 4 586 150 | (3 524) | 519 743 |
| Hôpital Ste-Thérèse inc. | 2 620 939 | 2 737 | (4 571 ) | 2 701 559 | 9 491 | 4 920 |
| Centre d'accueil Les Cèdres | 889 781 | (2 119 ) | 332 908 | 941 443 | (99 223) | 323 421 |
| CH St-Vincent-Marie inc. | 4 668 379 | (167 595 ) | 751 448 | 4 693 369 | 165 903 | 893 245 |
| CHSLD Gouin | 4 804 791 | 102 046 | 297 380 | 4 861 243 | 126 768 | 403 528 |
| CHSLD Bourget | 6 412 634 | 266 357 | 552 198 | 6 604 361 | 189 586 | 427 668 |
| CHSLD Bussey (Québec) | 2 402 545 | 122 541 | (274 456 ) | 2 477 093 | 114 577 | 223 645 |
| Centre d'hébergement St-Georges inc. | 15 527 071 | 263 816 | 0 | 15 971 439 | 281 872 | 0 |
| Centre d'accueil Le Royer inc. | 6 175 493 | (376 669 ) | 0 | 6 264 974 | (275 737) | 0 |
| Vigi Santé (CHSLD Ste-Rita) | 3 195 672 | 53 178 | 38 665 | 3 562 388 | 67 941 | 58 324 |
| Vigi Santé Ltée(CHSLD Ste-Germaine) | 2 964 377 | 171 892 | 110 289 | 2 879 448 | 275 818 | 179 015 |
| Vigi Santé (CHSLD Dollard-des-Ormeaux) | 10 607 503 | 24 405 | (462 611 ) | 10 669 547 | 36 689 | (606 507) |
| Vigi Santé (CHSLD Pierrefonds) | 4 364 925 | 109 506 | 33 067 | 4 418 748 | 90 710 | 37 517 |
| Vigi Santé (CHSLD Ville Emard) | 3 166 378 | 75 317 | 53 126 | 3 084 798 | 82 062 | 59 082 |
| Centre d'hébergement Champlain-Marie-Victorin | 15 077 632 | 125 543 | 3 165 259 | 15 457 232 | 108 848 | 3 215 987 |
| Centre d'hébergement Champlain-Villeray | 1 674 236 | 44 702 | 373 834 | 1 731 456 | 9 801 | 376 106 |
| Vigi Santé (CHSLD Mont Royal) | 13 357 526 | (598 933 ) | (2 519 859 ) | 14 296 443 | (218 114) | (2 745 645) |
| **Sous-total CHSLD privés conventionnés** | **157 850 297** | **( 1 019 067 )** | **10 898 371** | **165 512 911** | **780 465** | **11 419 421** |
| | | | | | | |
| **CHSGS PUBLICS** | | | | | | |
| Hôpital Louis-H.-Lafontaine | 112 097 831 | (300 703 ) | 1 419 693 | 117 513 934 | (186 648) | (920 842) |
| Centre hospitalier de Verdun (Angrignon) | 97 380 815 | ( 1 014 908 ) | (946 920 ) | 64 167 764 | (3 803 072) | (4 523 478) |
| Centre hospitalier de Lasalle (Angrignon) | | | | 35 851 949 | ( 1 493 675) | ( 1 915 736) |
| Centre hospitalier universitaire de Montréal | 432 222 321 | (26 308 707 ) | (27 804 175 ) | 442 868 013 | (43 573 089) | (70 062 174) |

| | 2000-2001 | | | 2001-2002 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Budget brut | Surplus/ (Déficit) | Solde du fonds au 31 mars 2001 | Budget brut | Surplus/ (Déficit) | Solde du fonds au 31 mars 2002 |
| Hôpital général du Lakeshore | 48 581 058 | ( 21 746 ) | ( 21 746 ) | 51 772 552 | ( 3 682 285 ) | ( 3 677 303 ) |
| Hôpital Catherine Booth | 7 017 198 | 125 962 | 134 277 | 7 898 887 | 4 440 | 142 595 |
| Hôpital Santa Cabrini | 61 556 289 | ( 2 558 686 ) | ( 2 636 985 ) | 64 252 054 | ( 3 586 657 ) | ( 6 346 050 ) |
| Institut de cardiologie de Montréal | 68 769 878 | 229 543 | 524 193 | 72 233 181 | ( 2 761 145 ) | ( 2 710 950 ) |
| Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal | 174 286 680 | ( 762 937 ) | ( 762 937 ) | 179 187 231 | ( 7 495 343 ) | ( 9 517 495 ) |
| Hôpital de réadaptation Lindsay | 12 579 928 | 113 877 | 2 458 807 | 12 583 275 | 66 679 | 2 574 527 |
| Centre hospitalier Richardson | 11 005 218 | 301 995 | 615 975 | 13 399 803 | 196 167 | 718 470 |
| Centre universitaire de santé McGill | 444 283 138 | ( 34 471 810 ) | ( 33 566 567 ) | 457 687 364 | ( 51 638 345 ) | ( 85 501 592 ) |
| Centre hospitalier Fleury | 40 272 194 | ( 25 455 ) | ( 25 455 ) | 42 152 099 | ( 1 425 378 ) | ( 1 391 604 ) |
| Hôpital Jean-Talon | 48 262 858 | 243 463 | 15 627 | 49 938 130 | ( 389 086 ) | ( 373 459 ) |
| Hôpital général juif | 163 722 512 | ( 184 593 ) | ( 895 078 ) | 172 092 042 | ( 5 204 603 ) | ( 5 410 474 ) |
| C.H. de Lachine | 29 368 068 | ( 83 992 ) | ( 84 157 ) | 30 992 065 | ( 565 776 ) | ( 649 933 ) |
| Hôpital Sainte-Justine | 151 077 439 | ( 647 733 ) | ( 3 673 132 ) | 174 679 353 | ( 4 505 683 ) | ( 8 254 117 ) |
| C.H. de St. Mary | 67 100 233 | ( 783 104 ) | ( 1 425 820 ) | 69 928 588 | ( 2 378 802 ) | ( 3 060 235 ) |
| Institut Philippe-Pinel Montréal | 35 401 797 | 148 764 | 13 164 | 36 429 625 | 53 186 | 163 253 |
| Hôpital Rivière-des-Prairies | 63 262 250 | ( 451 ) | 1 936 442 | 62 267 620 | ( 45 682 ) | 572 899 |
| Institut de réadaptation de Montréal | 12 416 740 | ( 42 723 ) | ( 41 700 ) | 12 763 596 | 79 454 | 35 425 |
| Hôpital Maisonneuve-Rosemont | 200 925 025 | ( 327 976 ) | ( 850 500 ) | 208 729 344 | ( 8 389 153 ) | ( 9 239 653 ) |
| Hôpital Douglas | 68 613 888 | ( 319 185 ) | ( 319 185 ) | 70 600 987 | 220 915 | ( 603 541 ) |
| **Sous-total CHSGS publics** | **2 350 203 358** | **( 66 691 105 )** | **( 65 936 179 )** | **2 449 989 456** | **( 140 503 581 )** | **( 209 951 467 )** |
| **CHSGS PRIVÉS** | | | | | | |
| Hôpital Marie-Clarac | 12 115 628 | 550 000 | 1 008 130 | 15 763 705 | 32 528 | 1 071 618 |
| Hôpital Shriners pour enfants (Québec) | 4 054 573 | ( 2 882 ) | 9 | 4 290 742 | | 9 |
| Villa Médica Inc. | 16 869 719 | 96 293 | ( 61 385) | 18 976 893 | 128 790 | 210 060 |
| **Sous-total CHSGS privés** | **33 039 920** | **643 411** | **946 754** | **39 031 340** | **161 318** | **1 281 687** |
| **CRPDIPT PUBLICS** | | | | | | |
| Centre Dollard-Cormier | 15 174 253 | 417 728 | 473 819 | 15 347 482 | 347 571 | 821 570 |
| Association de Montréal pour aveugles | 5 118 566 | | ( 4 880 ) | 5 782 626 | | 9 058 |
| Centre de réadaptation Constance-Lethbrige | 6 826 770 | 121 016 | 363 220 | 7 022 044 | 99 530 | 468 269 |
| Atelier Le fil d'Ariane inc. | 283 951 | 9 566 | 28 312 | 272 363 | 31 211 | 66 840 |
| Centre Miriam | 8 421 382 | 20 832 | 3 424 | 9 853 706 | ( 90 858 ) | ( 70 026 ) |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Institut Raymond-Dewar | 10 907 468 | ( 28 644 ) | 241 049 | 8 848 954 | ( 31 426) | 249 404 |
| Centre de réadaptation Lisette-Dupras | 33 560 013 | 0 | 265 875 | 36 462 056 | 71 754 | 337 629 |
| Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal | 25 656 595 | 62 762 | 62 860 | 26 936 788 | 81 794 | 164 532 |
| Centre de réadaptation Lucie-Bruneau | 15 435 557 | 40 731 | 634 133 | 17 746 308 | ( 148 118) | ( 62 961 ) |
| Centre Mackay | 4 298 657 | 0 | 0 | 4 467 271 | ( 79 582) | |
| Service de réadaptation l'Intégrale | 18 145 609 | 9 254 | 219 878 | 20 524 278 | 389 405 | 556 611 |
| Centre de réadaptation Gabrielle Major | 28 673 503 | 43 906 | 1 208 771 | 31 937 801 | ( 183 868) | 982 521 |
| **Sous-total CRPDIPT publics** | **172 502 324** | **697 151** | **3 496 461** | **185 201 677** | **487 413** | **3 523 447** |
| | | | | | | |
| **CRPDIPT PRIVÉS** | | | | | | |
| Centre d'accueil Le Portage | 3 943 652 | 131 071 | 483 428 | 4 217 397 | 43 033 | 526 461 |
| **Sous-total CRPDIPT privés** | **3 943 652** | **131 071** | **483 428** | **4 217 397** | **43 033** | **526 461** |
| | | | | | | |
| **CLSC** | | | | | | |
| CLSC des Faubourgs | 14 848 686 | 21 968 | 93 208 | 15 583 601 | 198 570 | 291 778 |
| Clinique communautaire Pointe St-Charles | 4 296 957 | ( 4 781 ) | ( 4 781 ) | 4 489 129 | ( 14 487) | ( 33 668) |
| CLSC René-Cassin | 8 490 051 | ( 2 572 ) | 174 152 | 8 983 845 | 55 538 | 324 639 |
| CLSC Hochelaga-Maisonneuve | 10 925 883 | 56 250 | 56 250 | 12 058 843 | 109 245 | 165 699 |
| CLSC Rivière-des-Prairies | 6 767 398 | 1 985 | 56 058 | 7 206 308 | 950 | 12 662 |
| CLSC St-Henri | 6 359 838 | 91 327 | 270 293 | 6 680 487 | 26 745 | 280 607 |
| CLSC Montréal-Nord | 19 010 266 | ( 164 019 ) | ( 34 199 ) | 20 439 139 | 195 006 | 165 358 |
| CLSC Pierrefonds | 11 379 156 | 1 787 | 2 626 | 12 342 789 | 13 853 | 16 479 |
| CLSC St-Louis du Parc | 6 737 660 | 67 891 | ( 69 013) | 7 188 884 | 197 031 | 130 438 |
| CLSC-CHSLD de Rosemont | 19 107 367 | 5 211 | 5 211 | 28 463 176 | 8 306 | 13 925 |
| CLSC Côte-des-Neiges | 20 760 041 | ( 248 525 ) | ( 248 525 ) | 23 274 148 | 260 809 | 12 284 |
| CLSC-CHSLD Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est | 12 014 209 | 33 963 | 33 963 | 12 492 285 | 106 515 | 140 478 |
| CLSC Parc Extension | 6 072 542 | 5 012 | 182 569 | 6 363 703 | 41 920 | 364 251 |
| CLSC Métro | 10 539 793 | 90 449 | 351 417 | 11 312 277 | 111 140 | 366 694 |
| CLSC La Petite Patrie | 7 973 894 | 0 | 9 446 | 8 397 970 | 1 720 | 9 902 |
| CLSC Villeray | 10 218 611 | ( 130 845 ) | ( 36 079 ) | 10 932 747 | 71 629 | 21 072 |
| CLSC du Plateau Mont-Royal | 8 213 050 | ( 6 350 ) | 116 519 | 8 382 947 | ( 2 287) | 179 922 |
| CLSC Ahuntsic | 10 873 884 | ( 146 247 ) | ( 30 131) | 11 496 704 | 154 509 | 211 234 |
| CLSC Saint-Léonard | 9 560 860 | ( 58 622 ) | 324 726 | 10 205 590 | ( 7 838) | 316 887 |
| CLSC Saint-Michel | 8 414 161 | ( 39 543 ) | 120 139 | 9 035 371 | 28 840 | 187 319 |

| | 2000-2001 | | | 2001-2002 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Budget brut | Surplus/ ( Déficit) | Solde du fonds au 31 mars 2001 | Budget brut | Surplus/ ( Déficit) | Solde du fonds au 31 mars 2002 |
| CLSC Olivier-Guimond | 6 557 249 | 58 646 | 123 533 | 7 005 331 | 10 447 | 140 644 |
| CLSC du Vieux La Chine | 8 875 441 | 162 565 | 153 435 | 9 477 204 | 25 472 | 203 084 |
| CLSC Lac St-Louis | 8 707 559 | 7 374 | 113 909 | 9 433 221 | 22 870 | 199 225 |
| CLSC N.-D-de-Grâce/Montréal-Ouest | 9 496 829 | ( 112 161 ) | 533 868 | 9 976 378 | ( 126 037) | 420 145 |
| CLSC Mercier-Est/Anjou | 10 709 665 | 14 898 | 40 570 | 11 377 117 | 448 | 20 746 |
| CLSC Verdun/Côte St-Paul | 13 937 096 | 40 190 | 239 713 | 15 337 331 | 3 968 | 115 001 |
| **Sous-total CLSC** | **270 848 146** | **( 254 149 )** | **2 578 877** | **297 936 525** | **1 494 882** | **4 276 805** |
| | | | | | | |
| **CPEJ** | | | | | | |
| Centres jeunesse de Montréal | 157 077 044 | ( 483 778 ) | ( 283 072) | 162 322 550 | ( 2 216 209) | ( 2 216 209) |
| Centres de Jeunesse Shawbridge | 13 599 560 | 30 692 | | 14 105 828 | 35 026 | |
| Maison Elisabeth | 957 833 | 152 077 | 191 471 | 1 032 310 | ( 128 972) | 63 727 |
| Hâvre-Jeunesse | 810 006 | 16 295 | 43 901 | 840 452 | 11 506 | 53 720 |
| Centre jeunesse Mont St-Patrick | 2 353 911 | 3 961 | 0 | 2 450 090 | 5 109 | |
| Centre d'accueil Horizons de la Jeunesse | 11 688 956 | ( 56 337 ) | 0 | 12 126 033 | 18 207 | |
| CPEJ Ville-Marie | 25 921 187 | 0 | 0 | 26 856 971 | 230 273 | 229 560 |
| **Sous-total CPEJ** | **212 408 497** | **( 337 090 )** | **( 47 700 )** | **219 734 234** | **( 2 045 060)** | **( 1 869 202)** |
| | | | | | | |
| **Total** | **3 742 378 878** | **( 67 099 677 )** | **( 37 866 225 )** | **3 937 458 696** | **( 140 631 216)** | **( 183 725 097)** |

# CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS DE LA RÉGIE RÉGIONALE

Adopté par le conseil d'administration le 25 octobre 2001

## Préambule

Compte tenu de l'importance du rôle des administrateurs publics, de la confiance que doit avoir la population à leur égard, le présent Code vise à établir des lignes directrices relativement à l'éthique et la déontologie qui doivent être respectées par chacun des administrateurs de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

## I- DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Le présent Code est applicable aux administrateurs de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre;
2. Le présent Code est adopté et appliqué conformément aux lois applicables et plus particulièrement conformément à la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., c. M-30);
3. L'administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévues par la loi et le présent Code. En cas de divergence, les règles et les principes les plus exigeants s'appliquent;
4. L'administrateur doit toujours agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles et, en cas de doute, en favoriser l'application;
5. Ce Code n'est pas une énumération exhaustive des règles de déontologie applicables aux administrateurs, mais constitue davantage des principes ou des règles minimales qui peuvent guider l'administrateur dans l'exercice de ses fonctions.

## II- DÉFINITIONS

Administrateur : Désigne un membre du conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, qu'il soit élu ou nommé.

Conflit d'intérêts : Désigne la notion de conflit d'intérêts telle que définie à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2).

Conseil d'administration : Désigne le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre;

Régie : Désigne la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

## III- DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR

1. L'administrateur doit participer aux travaux du conseil d'administration et y intervenir de façon à permettre à celui-ci d'exécuter les fonctions et mandats qui lui sont dévolus par la loi ou autrement;
2. L'administrateur doit agir avec soin, prudence, diligence et compétence dans l'exercice de ses fonctions;
3. L'administrateur doit agir avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de la population de la région pour laquelle la Régie régionale est instituée et dans l'intérêt de la Régie régionale elle-même;
4. L'administrateur doit être présent lorsque ses fonctions l'exigent et participer activement à la prise de position du conseil d'administration;

5. L'administrateur intervient lors des séances du conseil d'administration afin d'énoncer son opinion de façon courtoise et respectueuse des opinions différentes ou contraires à la sienne;
6. L'administrateur, de par son intervention, doit permettre que les décisions du conseil d'administration soient prises en respect de la mission des établissements et des organismes en relation avec la Régie régionale; il agit avec équité à l'égard de ces établissements et organismes;
7. L'administrateur est solidaire des décisions prises par le conseil d'administration et ne peut en aucun cas prendre position publiquement à l'encontre de celles-ci;
8. L'administrateur reconnaît que le président, ou en son absence le vice-président, et le directeur général ou toute autre personne qu'un de ceux-ci pourrait désigner, agissent à titre de porte-parole du conseil d'administration vis-à-vis le public ou de représentation à un tiers;
9. L'administrateur fait preuve de réserve à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions du conseil d'administration;
10. L'administrateur est tenu à la discrétion relativement aux informations qu'il obtient ou dont il a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions et est tenu, à tout moment, de respecter le caractère confidentiel de l'information ainsi reçue;
11. À cet égard, il doit garder confidentiels les renseignements qui doivent être protégés en vertu de la loi ou d'une décision du conseil d'administration.

## IV- CONFLIT D'INTÉRÊTS

1. L'administrateur agit de bonne foi dans l'intérêt de la population et de la Régie régionale sans tenir compte d'intérêts particuliers;
2. Tout administrateur qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de la Régie régionale ou les obligations de ses fonctions doit, sous peine de déchéance de sa charge :

   a) dénoncer son intérêt au conseil d'administration;

   b) s'abstenir de siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a un intérêt est débattue;
3. Le fait pour un membre du conseil d'administration d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une entreprise visée dans l'article précédent ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si le membre du conseil d'administration en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., c.V-1.1);
4. L'administrateur ne doit pas confondre les biens de la Régie régionale avec les siens et ne peut les utiliser à son profit ou au profit de tiers que conformément aux modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous;
5. L'administrateur ne peut utiliser à son profit ou au profit de tiers l'information privilégiée obtenue dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions;
6. L'administrateur ne tire aucun avantage indu de ses fonctions ni en son nom personnel ni pour le compte d'autrui.

## V- RÉMUNÉRATION

1. L'administrateur ne reçoit aucun traitement ou rémunération autre que le remboursement des dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions;

2. L'administrateur ne peut accepter aucun cadeau ou autres avantages que ceux d'usage et d'une valeur modeste;
3. L'administrateur ne peut directement ou indirectement accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu pour lui-même ou pour un tiers;
4. L'administrateur doit, dans la prise de sa décision, éviter de se laisser influencer par des offres d'emploi.

## VI- DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR APRÈS LA FIN DU MANDAT

1. L'administrateur qui a cessé d'exercer ses fonctions doit se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus de ses fonctions antérieures au service de la Régie régionale;
2. L'administrateur qui a cessé d'exercer ses fonctions ne doit pas divulguer une information confidentielle qu'il a obtenue ni donner à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant la Régie régionale ou un autre établissement avec lequel il avait des rapports directs au cours de son mandat;
3. Dans l'année qui suit la fin de ses fonctions, l'administrateur ne peut agir au nom ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle la Régie régionale est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

## VII- MÉCANISME D'APPLICATION DU CODE

1. Le conseil d'administration forme de façon ad hoc un comité d'éthique et de déontologie constitué de 3 membres pour examiner toute plainte;
2. Le comité d'éthique et de déontologie peut rejeter sur examen sommaire toute plainte qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi;
3. Le conseil d'administration peut également former un comité d'éthique et de déontologie constitué de 3 membres pour examiner toute situation de comportement irrégulier d'un administrateur;
4. Le comité d'éthique est maître de la preuve et de la procédure et détermine les moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence, tout en respectant les règles de justice naturelle;
5. L'enquête doit être confidentielle et protéger l'anonymat du plaignant;
6. Le comité d'éthique doit informer l'administrateur visé des manquements reprochés;
7. Lorsque le comité d'éthique et de déontologie en vient à la conclusion que l'administrateur a enfreint la loi ou le présent Code, ou qu'il a fait preuve d'une inconduite de nature similaire, il transmet au conseil d'administration un rapport contenant un sommaire de l'enquête et recommande une sanction. Ce rapport est confidentiel;
8. Le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la sanction à imposer à l'administrateur visé. Ce dernier ne peut participer aux délibérations ou à la décision, mais il peut se faire entendre avant que la décision soit prise.
9. Selon la nature ou la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension ou le recours en déchéance de charge;
10. L'administrateur est informé par écrit de la sanction qui lui est imposée.

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTRÉAL-CENTRE